

**VALORACION DE LOS TRASTORNOS
ANSIOSO - DEPRESIVOS EN LA MUJER HISTERECTOMIZADA**



CRISTINA RAQUEL LUQUE GUERRERO

TESIS DOCTORAL

DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA Y BIOLOGÍA MOLECULAR

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

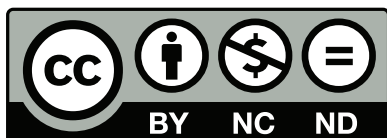
2004



SPICUM
servicio de publicaciones

AUTOR: Cristina Raquel Luque Guerrero

EDITA: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga



Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons:

Reconocimiento - No comercial - SinObraDerivada (cc-by-nc-nd):

[Http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es)

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es

DON MIGUEL MORELL OCAÑA, CATEDRÁTICO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA Y BIOLOGÍA MOLECULAR DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA, EN SU CALIDAD DE DIRECTOR:

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral que presenta al superior juicio del Tribunal que designe la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga, DOÑA CRISTINA RAQUEL LUQUE GUERRERO, Licenciada en Psicopedagogía, sobre el trabajo que lleva el título “VALORACION DE LOS TRASTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVOS EN LA MUJER HISTERECTOMIZADA” ha sido realizada bajo mi dirección, revisada por mí, encontrándola conforme para ser presentada y aspirar al GRADO DE DOCTORA EN PSICOPEDAGOGÍA.

Y para que conste en cumplimiento de las disposiciones vigentes, expido el presente certificado en Málaga a 4 de Mayo de dos mil cuatro.

DON MIGUEL IGNACIO VALENZUELA MARTÍN, DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA, EN SU CALIDAD DE DIRECTOR:

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral que presenta al superior juicio del Tribunal que designe la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga, DOÑA CRISTINA RAQUEL LUQUE GUERRERO, Licenciada en Psicopedagogía, sobre el trabajo que lleva el título “VALORACION DE LOS TRASTORNOS ANSIOSO-DEPRESIVOS EN LA MUJER HISTERECTOMIZADA” ha sido realizada bajo mi dirección, revisada por mí, encontrándola conforme para ser presentada y aspirar al GRADO DE DOCTORA EN PSICOPEDAGOGÍA.

Y para que conste en cumplimiento de las disposiciones vigentes, expido el presente certificado en Málaga a 4 de Mayo de dos mil cuatro.

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero expresar mi más sincera gratitud al Dr. D. Miguel Morell Ocaña, Catedrático de Bioquímica Clínica y Biología Molecular de la Facultad de Medicina de Málaga, por haberme permitido realizar bajo su dirección el presente trabajo de investigación, así como realizar el Programa de Doctorado.

Del mismo modo quiero hacer constar mi agradecimiento más cariñoso al Dr. D. Miguel Ignacio Valenzuela Martín por su generosa y eficaz ayuda durante todo este trabajo de investigación, así como por los alientos recibidos durante los momentos de desfallecimiento.

Al Dr. D. Juan José Sánchez Luque por sus grandes aportaciones, por la ayuda prestada y por todo lo que me ha enseñado con un saber excepcional y con una gran maestría, dándome siempre a conocer el lado positivo de las cosas.

A la Dra. Dña. Carmen Ortiz García por sus valiosas aportaciones en el campo de la estadística descriptiva.

A mi esposo Ángel por su constante apoyo durante todo el largo proceso de elaboración de este trabajo, sin ti esta Tesis Doctoral no habría sido posible.

Al equipo de estadísticos de la Fundación Carlos Haya por sus valiosas aportaciones en el campo del procesamiento estadístico y con cuya colaboración he contado en todo momento.

A la Dirección del Hospital Materno Infantil por su inestimable colaboración y muy especialmente a todo el personal del centro, por su ayuda con las pacientes.

A mis padres, M^a Dolores y Manuel, a mis hermanos y abuelos, que me han ofrecido todo lo necesario para poder llevar a cabo este trabajo, contando siempre con su apoyo y con su afecto.

A las Esclavas del Divino Corazón, a mis compañeros y a todos mis alumnos, por estar ahí en los momentos difíciles.

A todas las mujeres histerectomizadas, que son el motivo de este estudio, para que podamos controlar y comprender mejor su enfermedad y sus trastornos asociados, y a todas las personas que de alguna forma han colaborado para que esta tesis viese algún día la luz.

A todos muchas gracias.

A mi esposo Ángel

A mis padres M^a Dolores y Manuel

A mis hermanos Mariola y Manel

A mis Abuelos

INDICE

INDICE GENERAL

	Página
I. MARCO TEÓRICO	1
A. HISTERECTOMÍA.....	2
1. CONCEPTO.....	2
2. CAUSAS.....	2
3. TIPO DE HISTERECTOMÍA.....	2
4. REPERCUSIONES DE LA HISTERECTOMÍA EN LA MUJER.....	3
5. EPIDEMIOLOGÍA.....	6
B. ANSIEDAD.....	8
1. CONCEPTO.....	8
2. HIPÓTESIS FISIOPATOLÓGICAS: MODELOS EXPLICATIVOS.....	10
3. CLASIFICACIÓN.....	15
4. ANSIEDAD EN EL PACIENTE MÉDICO.....	17
5. EPIDEMIOLOGÍA.....	18
C. DEPRESIÓN.....	19
1. CONCEPTO.....	19
2. SÍNTOMAS.....	21
3. TEORÍAS EXPLICATIVAS.....	24
4. CLASIFICACIÓN.....	28
5. LA DEPRESIÓN EN EL ENFERMO MÉDICO.....	30
6. EPIDEMIOLOGÍA.....	31
D. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA.....	33
1. LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA.....	33
2. HISTORIA CLÍNICA EN PSICOPATOLOGÍA.....	34
3. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL.....	35
4. EXAMEN FÍSICO Y NEUROLÓGICO.....	39
5. ESCALAS DE VALORACIÓN.....	39
6. CONSISTENCIA INTERNA, FIABILIDAD Y VALIDEZ DE UNA ESCALA.....	41
7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.....	48
II. OBJETIVOS.....	49
III. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	51
IV. SUJETOS Y MÉTODOS.....	53
V. ANÁLISIS ESTADÍSTICO I. DESCRIPTIVO.....	80
VI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO II. RELACIONES DE VARIABLES.....	135

VII.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO III.....	148
VIII.	RESULTADOS I.....	151
IX.	RESULTADOS II.....	168
X.	RESULTADOS III.....	173
XI.	DISCUSIÓN.....	175
XII.	CONCLUSIONES.....	189
XIII.	BIBLIOGRAFÍA.....	193

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Pág

SUJETOS Y MÉTODOS

FICHA MULTIPARAMETRICA DE ELABORACION PROPIA DE RECOGIDA DE DATOS.....	60
GRADOS DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (SEEDO).....	73
ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE GOLDBERG.....	76

ANÁLISIS ESTADÍSTICO I – DESCRIPTIVOS

EDAD	81
ESTADO CIVIL	82
Nº DE HIJOS.....	83
RELIGION.....	84
SITUACIÓN LABORAL.....	85
HISTERECTOMIA.....	86
MOTIVO DE HISTERECTOMÍA.....	86
TIPO DE HISTERECTOMÍA	87
FECHA DE LA HISTERECTOMÍA	87
AÑOS DE EVOLUCIÓN.....	88
MANIFESTACIONES VEGETATIVAS	89
ATROFIA VULVO-VAGINAL	90
ORGASMOS EN RELACIÓN A SITUACIÓN ANTERIOR	91
HÁBITO TABÁQUICO.....	92
HÁBITO ALCOHÓLICO.....	93
EJERCICIO FÍSICO.....	94
PESO.....	95
TALLA	96
INDICE DE MASA CORPORAL.....	97
GRADOS DE OBESIDAD.....	98

HIPERTENSIÓN ARTERIAL	99
PROLACTINA.....	100
17- β -ESTRADIOL	101
TSH	102
FSH.....	103
LH	104
HIERRO	105
GLUCEMIA BASAL.....	106
GOT.....	107
LEUCOCITOS.....	108
PLAQUETAS.....	109
SODIO	110
POTASIO	111
CLORO	112
DIETA	113
TRATAMIENTO ACTUAL	114
SUBESCALAS DE ANSIEDAD DE GOLDBERG.....	115
SUBESCALAS DE DEPRESION DE GOLDBERG.....	125

ANÁLISIS ESTADÍSTICO II – RELACIÓN ENTRE VARIABLES

EDAD.....	136
ORGASMOS EN RELACION A SITUACION ANTERIOR.....	136
HÁBITO TABÁQUICO	137
EJERCICIO FÍSICO.....	137
RELACION ESTADO CIVIL/ POSITIVIDAD DEPRESION.....	138
RELACION HABITO TABAQUICO/ POSITIVIDAD DEPRESION.....	138
RELACION TRABAJO/ POSITIVIDAD DEPRESION.....	140
RELACION ESTADO CIVIL/ POSITIVIDAD DEPRESION.....	141
RELACION EJERCICIO FISICO/ POSITIVIDAD DEPRESION.....	142
RELACION HIPERTENSION ARTERIAL/ POSITIVIDAD DEPRESION	143
RELACION TIPO HISTERECTOMIA/ POSITIVIDAD ANSIEDAD.....	144
RELACION TIPO HISTERECTOMIA/ POSITIVIDAD DEPRESION.....	145

RELACION TRABAJO/ POSITIVIDAD DEPRESION.....	146
RELACION ORGASMOS MENOS QUE ANTES/ TIPO DE HISTERECTOMIA.....	147

ANALISIS ESTADISTICO III

MODELO MULTIPARAMETRICO DE REGRESION LOGISTICA MULTIPLE.....	149
--	-----

Introducción

Esta Tesis Doctoral presenta como objetivo central el estudio de la ansiedad y la depresión en mujeres histerectomizadas.

Se ha decidido abordar este tema por tres motivos: el primero de ellos es que este tipo de tratamiento hace que las enfermas presenten ciertos rasgos de personalidad característicos, el segundo es el alto porcentaje de mujeres que han tenido que ser sometidas a esta operación en relación con otras enfermedades de la mujer y el tercer motivo es la escasez de trabajos en los que se ha tratado este tema.

Desde el punto de vista de la psicopedagogía se ha podido observar como ciertos rasgos de personalidad se apoderan muy a menudo de pacientes sometidos a intervenciones relevantes, como es el caso de nuestras pacientes, al extraerles algo que determina su feminidad.

Se divide este trabajo en dos partes centrales: descripción teórica, donde se explica y fundamenta cada uno de los términos empleados en esta investigación; y otra parte el estudio empírico en la que propiamente se llevará a cabo dicha investigación, se trata de realizar las pruebas, investigaciones y estudios para concluir si la hipótesis de partida, supuesto que establezco para hallar la explicación de los fenómenos y sus causas, se verifican o no.

El planteamiento inicial de esta Tesis Doctoral es demostrar que las mujeres histerectomizadas presentan una elevada prevalencia de depresión y ansiedad, acotar las variables que influyen en la aparición de estos rasgos

psicológicos y contribuir a discernir algunos de los factores que puedan mejorar la calidad de vida personal de las pacientes que han sufrido esta intervención.

Con esta Tesis hemos pretendido contribuir, en la medida de lo posible, a esclarecer algunos de los aspectos que puedan mejorar las condiciones de vida de las mujeres histerectomizadas, así como abrir nuevos caminos en la investigación sobre este tema en nuestro país.

MARCO TEÓRICO

A. HISTERECTOMÍA

1. CONCEPTO

La histerectomía es la extirpación quirúrgica del útero o matriz, es una palabra que proviene del griego “hystera”: útero y “ektone”: incisión.¹

El útero puede ser extirpado por vía abdominal o vaginal, ambos métodos tienen sus ventajas e inconvenientes, sus indicaciones y contraindicaciones. Además puede ir acompañada de anexectomía: extirpación de las trompas de falopio y de los ovarios.

2. CAUSAS

Las causas más comunes en las que se recomienda una histerectomía son: cuando se ha desarrollado un cáncer uterino, si se tiene una endometriosis intensa, quistes fibroides o adhesiones pélvicas que comprimen el útero contra los órganos vecinos, también puede ser indicada si existen hemorragias severas e incontrolables o si el útero se ha desprendido y sale por la vagina.

3. TIPOS DE HISTERECTOMÍA

Parcial o Subtotal: Se extirpan la parte superior del útero dejando el cuello uterino en su lugar.²

Completa: Se extirpa el útero completo.

Radical: Se extirpan la totalidad del útero, los nodos linfáticos y las estructuras de soporte que rodean al útero.

Cuando los ovarios y las trompas de falopio son extirpados al mismo tiempo se denomina anexectomía. Hay dos tipos de anexectomía:

- *Anexectomía Unilateral:* Extirpación de un ovario con su correspondiente trompa de falopio.

- *Anexectomía Bilateral:* Extirpación de los dos ovarios con sus correspondientes trompas de falopio.

4. REPERCUSIONES DE LA HISTERECTOMÍA EN LA MUJER

Desde la infancia la mujer va percibiendo su feminidad basada en la maternidad y en todos los aspectos que tienen que ver con este evento: pubertad, embarazo y climaterio, cuando hay alguna intrusión en alguna de estas fases se producen una serie de consecuencias negativas que van a influir de forma muy directa en el autoconcepto que tienen sobre si mismas.

Según *Bellak*³ (1980) la respuesta de una mujer ante una enfermedad orgánica y sus efectos van a depender de la personalidad de la paciente y el grado de respuesta emocional, patológica o no patológica, que surge ante la enfermedad; por tanto se podrían prever diferentes tipos de respuesta ante una histerctomía:

- Una reacción normal que se caracteriza por fases de angustia o depresión. Esta reacción tendría un límite de tiempo.

- Podría presentarse una reacción de “evaluación” a la enfermedad que tendría su manifestación en la negación de la misma, dicha negación se podría convertir en una depresión acompañada por estados de angustia.
- Puede presentarse una depresión reactiva que puede prolongarse y/o manifestarse en rasgos hipocondríacos.
- Otras personas podrían centrar en la enfermedad todos los conflictos psicológicos existentes con anterioridad.
- En casos extremos se puede llegar a presentar una invalidez psicológica total, en este caso la mujer suele crear la dependencia patológica de sus seres más allegados, limitando su vida, dejando de realizar sus actividades cotidianas, asumiendo una actitud victimista.⁴

La histerectomía tiene también una estrecha relación con la calidad de vida sexual de la mujer. Para la mujer el útero representa gran parte de su feminidad, tiene un importante papel en la procreación pues es donde se alberga al bebé en su primer estadio de desarrollo, es considerado fuente de juventud, regulador de salud y está directamente relacionado con el bienestar del cuerpo, por lo que al practicársele una histerectomía se sienten vacías, faltas de su identificación sexual; si a esto unimos la extirpación de los ovarios (anexectomía unilateral o bilateral) tenemos que decir que la mujer lo vivencia como una castración no solo psicológica, sino

que la reducción de estrógenos y progesterona provocan en ella cambios visibles, cambios físicos, cambios que acentúan su estado psicológico.

En algunos casos el miedo al vacío será compartido (según el caso) por la pareja, que en muchas ocasiones, puede vivir de forma angustiante el reinicio de las relaciones sexuales, a lo que hay que añadir una disminución de la libido sexual que en casos extremos pueden ser responsables de ciertos problemas entre el matrimonio o la pareja.

Resumiendo, las fases a las que una mujer se enfrenta cuando va a ser sometida a una histerectomía son⁵:

- Fase de temor anticipatorio: Período de fantasías basadas en la información de la que dispone el sujeto.

- Fase de impacto: Se produce lo que se está esperando y, en ocasiones, lo que no se espera.

- Fase de victimización postimpacto: El sujeto percibe las consecuencias de la operación, dándose cuenta de sus pérdidas, las predominantes son:

- * Pérdida de la función reproductora. El estrés de esta pérdida es mayor en mujeres que no hayan completado sus familias, no tienen ningún hijo o están en edades de poder tenerlos.

- * Pérdida de la función menstrual: Hay mujeres que consideran la menstruación no solo como un signo de feminidad, sino como una función

corporal saludable asociada a diversos factores estéticos de la piel, el pelo, las uñas...

* Pérdida de la sexualidad y de su valor sexual: Hay un número elevado de mujeres que temen no solamente la disminución de su deseo sexual y de su capacidad de respuesta sexual, sino el descenso de su atractivo, que puede llegar hasta la preocupación por la infidelidad o el abandono de su pareja.

5. EPIDEMIOLOGÍA

Aunque estudios recientes⁶ indican que alrededor de un 15% de las histerectomías practicadas no son necesarias, es la segunda operación más frecuente de la mujer, únicamente la preceden las cesáreas. Las tasas de histerectomía son mucho mas elevadas en los Estados Unidos mientras que en países europeos como Noruega, Inglaterra o Suecia se dan con menos frecuencia.

A los 65 años de edad, más de la tercera parte de las mujeres de los Estados Unidos se habrá sometido a una histerectomía; un dato significativo de ello serían las cerca de 556.000 histerectomías que fueron practicadas en este país en 1996. También, y según estudios, las mujeres estadounidenses tienen más probabilidades de someterse a una histerectomía si viven en el sur o en el oeste medio.

Casi las tres cuartas partes de histerectomías se realizan cuando las mujeres tienen entre 30 y 54 años de edad. Los costos hospitalarios de la histerectomía exceden a unos 5.000 millones de dólares anuales.

En cuanto al número de defunciones según el tipo de intervención quirúrgica, tenemos que decir que no hay mucha diferencia entre la histerectomía por vía vaginal y la de tipo abdominal. El número de casos de defunción por vía vaginal es algo más reducido, pero la fiebre y las infecciones pélvicas son un poco más frecuentes.

Las relaciones sexuales con la pareja tras una histerectomía suelen ser más dolorosas, debido a la fijación rígida de la vagina a los ligamentos redondos o por fibrosis cicatrizal e inflamatoria de los parametrios.^{7,8,9,10, 11}

Entre el 33% y el 46%¹² de las mujeres tienen dificultad en lograr excitación y orgasmo tras una histerectomía con o sin anexectomía.

En el caso de la histerectomía radical las relaciones sexuales presentan un menor grado de dolor tal y como *Howkins & Williams*¹³ nos han demostrado.

B. ANSIEDAD

1. CONCEPTO

El concepto “ansiedad” es un término muy empleado coloquialmente pero... ¿de qué hablamos realmente cuando nos referimos a él?.

Numerosas autores podrían darnos una definición más o menos exacta, pero como hay que partir de unas bases comencemos con la historia de este concepto.

Hoy en día, como ya hemos mencionado anteriormente, utilizamos estos conceptos quizás en demasiadas ocasiones¹⁴, y además lo utilizamos como si fuese una palabra que está de moda, pues bien, gran cantidad de datos¹⁵ han verificado en este estudio que el término “ansiedad” es una aspecto fundamental de la experiencia humana y ha estado unido a las personas desde los inicios de la humanidad, según *Miguel-Tobal*¹⁶.

En psicología clínica la ansiedad, frecuentemente, se suele enmascarar bajo un trastorno por ansiedad generalizada o un trastorno de pánico^{17, 18}. Definamos: ¿qué es ansiedad?.

Ansiedad: “Emoción que se presenta con frecuencia en el hombre. Activación del sistema nervioso que prepara al individuo frente a una situación de posible amenaza psicológica o física. Es una vivencia

desagradable que se expresa con un sentimiento de temor, de tensión interior y de amenaza”, según *Rodríguez Linde*¹⁹.

Otra definición bastante asequible de “ansiedad” sería la que mencionan *Ayuso*²⁰ y *Balbuena*²¹, para estos autores la ansiedad “es una emoción compleja difusa y desagradable que se expresa por un sentimiento de temor y de tensión emocional y que va acompañada de un importante cortejo somático”.

*Mc Reynolds*²² indica que puede darse una toma de conciencia de la ansiedad, bien como una experiencia emocional, o bien como un concepto. De este modo nos indica que todos conocemos bien este término y que además es probable que en algún momento de nuestra vida lo hallamos padecido.

En este sentido *Vila*²³ describe “ansiedad” como una emoción normal cuya función es activadora (facilita la capacidad de respuesta del individuo), pero cuando esta es excesiva en intensidad, frecuencia o duración, y produce alteraciones en el funcionamiento emocional y funcional del individuo, se considera una manifestación patológica. Con lo que podemos concluir este apartado diciendo que: ciertos niveles de ansiedad en el individuo son normales a no ser que delimite algunas de sus funciones orgánicas o algunas de sus respuestas; en el momento en el que el nivel de ansiedad inhiba al individuo de alguna de sus capacidades esta pasa a ser una patología.

2. HIPÓTESIS FISIOPATOLÓGICAS: MODELOS EXPLICATIVOS

✓ *Modelo Biológico*

En este modelo, la ansiedad, es tratada sobre la base de mecanismos bioquímicos que median manifestaciones cognitivas, fisiológicas y comportamentales del fenómeno. A nivel neurofisiológico la ansiedad estaría relacionada con el sistema límbico, la formación reticular, etc... y desde el punto de vista neuroquímico además de la noradrenalina y de la serotonina, el ácido GABA (ácido gamma – amino – butírico) jugaría un papel importante en la bioquímica de la ansiedad. Este ácido es el principal neurotransmisor inhibidor de la excitabilidad neuronal (*Tallman y cols.*²⁴). Este modelo defiende que la concentración existente del ácido GABA y de los niveles de noradrenalina y serotonina influyen de forma directa en el individuo y este será más o menos propenso a desencadenar un estado ansioso.

✓ *Modelo Psicoanalítico*

Su principal estudio lo realizó Freud pero ha sido numerosas veces retomado por otros autores. Michels, Frances y Shear²⁵ comentan que para Freud²⁶ la ansiedad podía ser la consecuencia de tres estados que no son más que la reformulación constante de una misma hipótesis:

1.- Hipótesis de la transformación: La acumulación de la libido reprimida acaba transformándose en ansiedad. Según esto la ansiedad se produciría en consecuencia únicamente a una respuesta corporal.

2.- La ansiedad está relacionada con la experiencia traumática del nacimiento ya que es el momento en el que el individuo presencia su primer “momento peligroso”, el sentimiento que se produce es una premonición de la emoción que nosotros llamamos ansiedad. La ansiedad de este modo se desencadena como una reacción ante un peligro extremo y como consecuencia el individuo cuando es adulto refleja las experiencias afectivas desagradables de los primeros años de su vida.

3.- Hipótesis de la ansiedad señal: Freud reformula su hipótesis sobre la ansiedad para adecuarla a su teoría estructural del aparato psíquico dividido en tres instancias: yo, ello, y super – yo. En este caso distingue la *ansiedad automática*, que ocurre cuando un individuo se enfrenta a un peligro extremo, y la *ansiedad señal* que sucede cuando el sujeto se anticipa a una posible amenaza. De este modo diríamos que la ansiedad ante un estímulo o amenaza peligrosa se puede dar de dos formas: interna o externamente.

✓ *Modelos Cognitivos – Conductuales*

Este modelo está basado en experimentos en los cuales han sido probadas las hipótesis de partida. Se parte de que la “ansiedad” es una respuesta aprendida²⁷.

A partir de un experimento basado en el condicionamiento pauloviano, Watson y Rayner²⁸ llegan a la conclusión de que la ansiedad es una respuesta emocional condicionada negativa que se aprende en base a unos principios, es por ello por lo que según este modelo la ansiedad se convierte en una respuesta altamente resistente a la extinción.

✓ *Teorías de la ansiedad basadas en el estímulo*

Esta teoría se basa en que existe un patrón específico de eventos estimulares que determinan el inicio de la respuesta emocional.

La mayor parte de conceptos clínicos²⁹ tienden a considerar teorías de la ansiedad basadas en el estímulo, que se centran en las características del conjunto de eventos que dan lugar a la respuesta.

✓ *Teorías de la ansiedad basadas en la respuesta*

Se centra en rasgos específicos de la respuesta emocional en sí misma. Numerosos teóricos³⁰ avalan que en la respuesta emocional se ignora a menudo cualquier diferencia entre los patrones de conducta que

desencadenan las respuestas de ansiedad. En esta teoría partimos de que la ansiedad es una característica humana innata, pero no por ello no deja de ser altamente condicionable a través del aprendizaje. Como consecuencia de ello se distingue entre ansiedad normal y/o ansiedad clínica basándose en la intensidad, frecuencia y duración de las respuestas neurofisiológicas. (*Martín y Sroufe*)³¹.

✓ *Teoría de la ansiedad de Goldstein*

Goldstein elabora su teoría a partir de observaciones en soldados que habían sufrido daños cerebrales durante la primera guerra mundial. Cuando los soldados se sometían a tratamientos para rehabilitar las limitaciones producidas por las lesiones aparecía lo que él llamó *reacción catastrófica* o situación que representaba una amenaza para el individuo. El sujeto anticipaba la amenaza con una conducta ansiosa.

Goldstein diferencia claramente la ansiedad y el miedo, desde su punto de vista la ansiedad aparece debido a la frustración del individuo por no poder cubrir ciertas necesidades consideradas para el sujeto como esenciales para su existencia psicológica.

La ansiedad, por tanto, es algo necesario para el desarrollo y la autorrealización del sujeto³².

✓ *Teoría de la ansiedad estado – rasgo*

Distingue dos aspectos de la ansiedad: la ansiedad como un estado emocional transitorio, y la ansiedad como un rasgo o característica de la personalidad permanente o predominante.

*Spielberger*³³ define *ansiedad estado* como: Un estado o condición transitoria del organismo humano que varía en intensidad y fluctúa a lo largo del tiempo. Se caracteriza por la percepción consciente de sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como por una activación del sistema nervioso autónomo. El nivel de estado ansioso es elevado cuando se dan circunstancias que son percibidas como amenazantes por el individuo, del mismo modo que el nivel de estado ansioso es bajo cuando se producen situaciones no estresantes, cuando el peligro existente no se percibe como una amenaza.

El mismo autor define como *ansiedad rasgo*: Diferencias en la disposición a percibir un amplio rango de situaciones de estímulo como peligrosas o amenazantes, y a la tendencia a responder a dichas amenazas con reacciones de estado.

Cuando el rasgo es elevado los sujetos tienden a percibir un mayor número de situaciones como peligrosas, por lo que responden a ellos con incrementos de estado de mayor intensidad.

Las investigaciones de Spielberger y sus colaboradores han demostrado que el miedo al fracaso y las amenazas a la autoestima son

aspectos comúnmente hallados en individuos que presentan niveles altos de rasgo de ansiedad.

✓ *Lazarus³⁴ y la valoración de la amenaza*

Distingue dos niveles de valoración cognitiva: la valoración primaria, estable si el estímulo es irrelevante, positivo o estresante, y la valoración secundaria, encargada de realizar las evaluaciones necesarias con el fin de optimizar las estrategias de afrontamiento. La valoración secundaria únicamente se produce cuando la valoración primaria identifica el estímulo como estresante.

La ansiedad se produce, de este modo y según esta teoría, cuando la valoración muestre:

- a) que el estímulo es estresante
- b) que la demanda de la situación sobrepasan las capacidades del individuo. Por lo que éste estaría en peligro.

3. CLASIFICACIÓN

Los trastornos de ansiedad^{35,36} llevan implícitos crisis de pánico y/o agorafobia, no obstante, pueden aparecer en esta investigación aunque no sea el objeto principal de este estudio.

Para diagnosticar el trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, en este caso en pacientes histerectomizadas, es necesario remitirnos

a algunos de los manuales que contienen criterios diagnósticos como el CIE-10 o el DSM IV.

Según el *DSM IV* ³⁷ los rasgos característicos de un trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica son:

1.- La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

2.-A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

3.-Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. Ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

4.- Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

5.- Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

También, y nuevamente según el DSM IV, se deberá especificar si hay:

*Ansiedad generalizada: Cuando predomina una ansiedad o preocupación excesiva centrada en múltiples acontecimientos o actividades.

*Crisis de angustia: Cuando predominan las crisis de angustia (palpitaciones, temblores, sudoración, ahogos, náuseas...)

*Síntomas obsesivo-compulsivos: Cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

4. LA ANSIEDAD EN EL PACIENTE MÉDICO

El estímulo ansioso suele dar lugar a confusiones, tiende a ser difuso y complicado de apreciar, en medicina no ocurre así, ya que se aprecia claramente³⁸. Tras la observación permanente en enfermos graves o crónicos se han podido enumerar los principales aspectos de la ansiedad, *Derogatis y Wise*³⁹:

- ✓ Amenaza a la integridad narcisista
- ✓ Miedo a la mutilación o a la pérdida de vitalidad
- ✓ Miedo a perder el control físico
- ✓ Miedo a perder la autonomía
- ✓ Miedo a la muerte
- ✓ Ansiedad de separación

De otro lado estarían las estrategias que el paciente ansioso pone en marcha para superar esta desadaptación son:

- ✓ Tendencia a la negación del suceso
- ✓ Evitación defensiva (inatención selectiva)
- ✓ Negación alternativa
- ✓ Hipervigilancia
- ✓ Vigilancia

5. EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la ansiedad en poblaciones clínicas e incluso en los estudios epidemiológicos en población general no tratada la convierte en la patología que genera mayor consumo de servicios sanitarios⁴⁰.

Encontrar cifras exactas sobre la frecuencia de los trastornos por ansiedad es bastante difícil ya que casi nunca es necesaria la hospitalización de estos pacientes. No se dispone hasta el momento de estadísticas fiables.

En España *Seva*⁴¹ realizó un estudio para investigar la ansiedad en dos poblaciones rural y urbana. Los resultados mostraron que existe un mayor grado de ansiedad en el ámbito urbano y sobre todo observó una mayor frecuencia en el sexo femenino.

En pacientes la ansiedad influye de forma clara en el curso de la enfermedad concomitante⁴². Puede desencadenar una exacerbación, influir en la evolución, en la respuesta terapéutica,... e incluso en el pronóstico vital.

Los síntomas son frecuentes en pacientes con enfermedad médica. Del 5 al 20 % de los pacientes hospitalizados y del 4 al 14% de los pacientes médicos de atención primaria sufren a causa del estado de ansiedad⁴³.

C. DEPRESIÓN

1. CONCEPTO

Para llegar a conocer el concepto de depresión y todo el mundo que la envuelve hay que remontarse históricamente mucho tiempo atrás, tanto que incluso en el Antiguo Testamento, específicamente en el libro de Job (1500 a. de C.) este término queda reflejado. No obstante no será hasta el siglo XVI cuando comienzan a aparecer descripciones más detalladas de estos cuadros⁴⁴.

El término depresión ha ido evolucionando de tal modo que lo que Hipócrates comenzó llamando “melancolía” ha terminado llamándose “depresión” y ha sido englobada en los trastornos del estado de ánimo que nos propone la APA y sus revisiones (American Psychiatric Association /DSM³⁷).

Según *Perris*⁴⁵, el estado de ánimo deprimido es una de las condiciones psicopatológicas más frecuentes de los seres humanos. Como concepto de depresión podríamos decir que es: una variación normal de la expresión emocional, a una expresión más intensa del estado de humor disfórico calificada como un síntoma, a un conjunto de signos y síntomas que se denomina síndrome depresivo, y, al menos en algunos casos, a un fenómeno con una etiología neurobiológica y una patofisiología que constituye una enfermedad según *Derogatis y Wise*.

Kraepelin dividía las enfermedades mentales en dos categorías: “dementia praecox” (esquizofrenia) y enfermedad maniaco-depresiva. En enfermedades maniaco-depresivas incluyó distintas subclases de depresión: La enfermedad maniaco-depresiva abarca, por un lado, el ámbito completo de la denominada enfermedad periódica y circular; por otro, la manía simple; esto es, la mayor parte de todos aquellos cuadros clínicos denominados “melancolía”, y también un número no insignificante de casos de amencia. Por último, incluimos aquí ciertos trastornos pintorescos de los estados de ánimo, leves o ligeros, a veces periódicos, a veces permanentes, que pueden considerarse como estadios tempranos de alteraciones más importantes, o como una fusión sin delimitación clara de aspectos pertenecientes al campo de la predisposición personal⁴⁶.

En su libro “Lamentación y Melancolía” Freud supo definir de forma explícita el término depresión, pero lo más significativo de este libro es que clarificó y diferenció entre la afección depresiva normal y los trastornos clínicos depresivos, fue, por tanto, una de las primeras apariciones del trastorno clínico depresivo en sí.

Por su parte Meyer⁴⁷, en su sistema Meyeriano nos propuso que el término depresión sustituyera finalmente a la citada melancolía. Meyer aseguraba que los trastornos depresivos eran reacciones maladaptativas al estrés ambiental.

La depresión es uno de los cuadros clínicos más complejos y heterogéneos sintomatológicamente^{48, 49} y la manifestación de un fenómeno depresivo varía mucho de una persona a otra.

2. SÍNTOMAS

Cuando una persona se siente deprimida no constituye un síntoma suficiente para diagnosticar una depresión. El ser humano es por naturaleza depresivo, ese es el problema de la cuestión, delimitar la frontera entre respuestas depresivas normales y respuestas depresivas patológicas.

Según Beck⁵⁰, la depresión en las personas varía en que los síntomas de los cuadros depresivos que se manifiestan, cambian en intensidad cuantitativa.

Todos los seres humanos, en algún momento de nuestra vida (por no decir en bastantes), padecemos síntomas depresivos, lo que sucede es que la depresión cotidiana que podemos padecer en cualquier instante se produce al experimentar algún suceso negativo, esta depresión es pequeña en cuanto a cantidad de síntomas manifestados pero similar a una depresión mayor^{51, 52}.

Para otros autores los síntomas depresivos difieren de forma cualitativa y además existirían subtipos, así lo aseveran *Akista*⁵³, *Andreasen*⁵⁴.

A pesar de los numerosos síntomas existe cierta conexión entre todos los autores a la hora de afirmar que se trata de una entidad clínica bastante homogénea (*Kanfer & Hagerman*⁵⁵).

Según *Beck*⁵⁰, *Paykel*⁵⁶ y *Rosenhan & Seligman*⁵⁷, los síntomas de la depresión se pueden reducir a cuatro grandes grupos:

- a. Síntomas anímicos: Aquellos en los que la tristeza es el síntoma por excelencia. Se manifiesta por sentimientos como el abatimiento, la infelicidad, la irritabilidad... en algunos casos graves el paciente puede llegar, incluso, a negar esos sentimientos de tristeza y ser incapaz de tener alguno. La importancia del estado de ánimo como síntoma de la depresión queda también reflejado en el DSM incluido en el “trastorno del estado de ánimo”.
- b. Síntomas motivacionales: Los pacientes muestran apatía, indiferencia, desinterés...en definitiva lo que se denomina anhedonia que junto con el estado de ánimo deprimido es el principal síntoma de una depresión. En estos síntomas motivacionales también en estados graves se puede producir un retardo psicomotor: enlentecimiento generalizado de las respuestas motrices; y aún puede ser tan extremo este retardo que produce lo que se denomina estupor depresivo: mutismo e inactividad casi total (*Klerman*⁵⁸).

c. Síntomas cognitivos: Cuando una persona está deprimida suele realizar una valoración negativa del entorno y de sí mismo. La baja autoestima, por tanto, sería también otro síntoma característico de estos pacientes. Todos presentan una visión muy pesimista del futuro que en casos graves puede llevar al individuo al suicidio.

d. Síntomas físicos: Estos síntomas son como último apartado, pero no los menos importantes, habituales en la depresión. Los pacientes suelen sufrir cambios físicos y justo por ello por lo que suelen ir a consultas: pérdida de sueño, fatiga, pérdida del apetito, disminución de la actividad sexual...

También son síntomas físicos frecuentes los dolores de cabeza, dolores musculares, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión distorsionada...

A parte de todos los síntomas mencionados existen una serie de factores asociados a los trastornos depresivos como son el aumento de la mortalidad, aumento en las estancias hospitalarias y el incumplimiento de tratamientos ^{59,60}. La influencia de este trastorno influye en el sistema inmunológico con lo que puede aparecer nuevos trastornos médicos lo que conllevaría a una mayor interacción entre las medicaciones prescritas y por último incapacidad laboral⁶¹.

Los trastornos y los síntomas afectivos en los pacientes están poco diagnosticados o ignorados, no son tratados o no son sometidos a un tratamiento adecuado, siendo objeto de frecuentes complicaciones⁶² (por ejemplo los suicidios) y aún en el tiempo que estamos son observados con cierto recelo por parte de todos, médicos y pacientes.

3. TEORÍAS EXPLICATIVAS

✓ *Teorías biológicas*

Las teorías biológicas presentan como hipótesis principal que en la depresión existe una disminución de algunos neurotransmisores que tienen importantes vías de acción en centros subcorticales asociados con el placer. Hay ciertos hechos que avalan la hipótesis biológica de la depresión:

-Existe un patrón de síntomas muy similar a través de todas las culturas, edades y razas.

- * La aparición en la mujer de cambios en el estado de ánimo asociados con cambios endocrinos: menstruación, menopausia, parto...
- * Efectividad relativa de ciertas terapias somáticas.
- * Existencia de ciertos productos capaces de inducir estados de ánimo deprimidos.

También las investigaciones experimentales con animales de *Seligman*⁶³, han demostrado que ciertas situaciones psicológicas desencadenan alteraciones bioquímicas.

Según *Fawcett & Kravitz*⁶⁴, en la actualidad no existen datos concluyentes que indiquen que realmente en determinadas zonas cerebrales de las personas deprimidas exista un auténtico déficit de estos neurotransmisores.

✓ *Teorías psicológicas*

▪ *Psicoanálisis*

En 1917 *Freud*⁶⁵ separa las reacciones depresivas normales o melancolía de aquellas reacciones depresivas que se producían por la pérdida de un ser querido a las que el llamaba duelo y que conllevaban dolor. Freud propuso que la depresión no debida a la pérdida de un ser próximo, se caracteriza por una hipercrítica hacia sí mismo que, en realidad, se dirige hacia otros objetos. En caso de una enfermedad médica los auto reproches que se hace el deprimido se dirigirían en realidad a esa enfermedad.

- *Indefensión aprendida*

Este modelo parte del estudio de los efectos que producían choques eléctricos sobre animales. Ante este tipo de situaciones incontrolables los animales desarrollaban un patrón de conducta y cambios neuroquímicos muy parecidos al de los deprimidos. *Miller & Seligman*⁶⁶ y *Vázquez & Polaino*⁶⁷ postulan que los sucesos aversivos no bastan por sí mismos para desencadenar reacciones depresivas, al experimentar tales hechos las personas intentan darse una explicación sobre su causa y si de esa explicación atribucional surge un estado de desesperanza la reacción depresiva resultaría inevitable.

La mayoría de los autores que apoyan este modelo asienten en el importante papel que algunas explicaciones causales pueden tener como factor de vulnerabilidad a la depresión. *Peterson & Seligman*⁶⁸.

- *Modelo cognitivo de Beck*

Para *Beck* las alteraciones emocionales surgen en aquellos individuos que poseen una visión deformada de la realidad, estas personas poseen esquemas distorsionados que se activan fácilmente ante sucesos estresantes.

La causa de la depresión sería, según este modelo, las ideas, pensamientos y creencias que los deprimidos tienen acerca del mundo y de sí mismos.

Según Stiles & Götestam⁶⁹ sin un elemento estresante que active las cogniciones depresivas latentes, no se produce la depresión, de modo que ni las cogniciones depresivas ni el estrés por sí sólo pueden dar cuenta de una reacción depresiva.

- Modelo de la desesperanza de la depresión

Abramson y otros⁷⁰ sostienen que una causa proximal suficiente de los síntomas de depresión por desesperanza es: a) una expectativa de que los resultados altamente deseados no ocurrirán o que resultados altamente aversivos sucederán, b) una expectativa de que ninguna respuesta del repertorio de uno cambiará la probabilidad de ocurrencia de los resultados.

Según este modelo y ante la imposibilidad por parte del sujeto de cambiar los resultados se produce una desesperanza tal que introduce al individuo en un estado depresivo.

- Modelo del desamparo aprendido de Seligman

Para Seligman⁷¹ el organismo es expuesto a condiciones traumáticas en las que las consecuencias de las respuestas son

independientes de las consecuencias derivadas de no responder, desarrolla la idea de que los resultados que se produzcan no están bajo su control voluntario.

Esta experiencia afecta a las expectativas respecto al control de los resultados en situaciones futuras, en las que el organismo aprende que está “desamparado” para producir consecuencias mediante su conducta voluntaria.

La depresión según este modelo, se produce a partir de situaciones en las que el individuo se percibe a sí mismo como desamparado para evitar el daño narcisístico. El resultado que se deriva de esta experiencia sería la inhibición de la respuesta o “pasividad”.

4. CLASIFICACIÓN

La depresión se encuentra en el grupo de los trastornos del estado de ánimo y concretamente lo que antiguamente se llamó melancolía y lo que hoy denominamos como depresión, en los manuales recibe el nombre de trastorno depresivo mayor⁷². Para poder diagnosticar una depresión hace falta la presencia de un mínimo de cinco síntomas (de los que a continuación se nombrarán) durante un período de dos semanas y que presente un cambio en la actividad del individuo acompañado por pérdida

del placer o desinterés por las cosas. Los síntomas según el DSM IV ³⁷ son:

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor:

- I. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.
- II. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
- III. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- IV. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- V. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
- VI. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- VII. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
- VIII. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día.
- IX. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

1. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.
2. Hay que evaluar el estado del episodio actual: Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total o no especificado.

5. LA DEPRESIÓN EN EL ENFERMO MÉDICO

La depresión se asocia especialmente a enfermedades cardiovasculares, como accidente vascular cerebral, cáncer, enfermedad de parkinson, diabetes mellitus y demencia, entre otras. Es asociada con el incremento de morbilidad y mortalidad en la enfermedad médica según *Chillida*⁷³. Los pacientes son menos cooperadores en el tratamiento y más difíciles de tratar⁷⁴ con lo que:

- Hay un aumento de los síntomas somáticos
- Aumenta también el grado de incapacidad acusada tanto por la enfermedad como por la depresión

- Aumenta el índice de mortalidad: incumplimiento de tratamientos, suicidios...
- Elevado coste sanitario en el tratamiento por estancias prolongadas y numerosas pruebas, exploraciones...
- Incremento en el deterioro de la calidad de vida

La historia personal o familiar de enfermedad mental y psicopatología previa a la intervención se han visto asociadas con mayor patología psiquiátrica posquirúrgica⁷⁵.

Hay estudios que sugieren un aumento significativo en la sintomatología depresiva de las mujeres menopáusicas, en la mitad de los casos presentaban síntomas depresivos previos y diversos acontecimientos psicosociales estresantes⁷⁶.

6. EPIDEMIOLOGÍA

Las cifras epidemiológicas reales de los trastornos depresivos son muy difíciles de estimar. Partiendo de subgrupos diagnósticos, la alteración más frecuente, según *Fuentenebro y Vázquez*⁷⁷, es la depresión unipolar, el 90% de los pacientes depresivos presentan este tipo de depresión.

Entre un 15-20% de la población tendrá a lo largo de su vida este tipo de depresión que afecta en una proporción doble más en mujeres que en hombres. Un 25% en mujeres y un 10% en hombres.

Las tasas de incidencia anual son de unos 100 casos por cada 100 000 habitantes en los hombres y de 250 casos por cada 100 000 habitantes en mujeres.

El 25% de los hospitalizados recaen a los seis meses y un tercio al cabo del primer año, un 20% en depresivos primarios y un 65% en los secundarios⁷⁸.

La cronicidad de este trastorno está entorno a un 10-15% de los pacientes, siendo mayor cuanto más tardía sea la edad de comienzo. El mayor riesgo de recaída está en las primeras semanas después de la recuperación, en este caso el riesgo es de un 20-25%, a partir de este periodo el riesgo se va reduciendo progresivamente.

En la depresión ha sido demostrado en estudios recientes que la prevalencia del consumo de cigarrillos es mayor entre las personas que han tenido un trastorno depresivo. Además las tasas de abandono del tabaquismo son menores entre los fumadores deprimidos, cuando se les compara con fumadores no deprimidos⁷⁹.

D. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA

1. LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

Constituye el instrumento principal que se utiliza en psiquiatría para lograr el conocimiento del paciente y la patología que pueda presentar.

Pueden utilizarse diferentes tipos de técnicas para alcanzar los objetivos planteados.

La relación médico-paciente se puede plantear desde una perspectiva conductual intentando explicar la naturaleza del problema, con una visión fenomenológica buscando comprender al paciente o bien desde la vertiente psicoanalítica interpretando el inconsciente en una relación transferencial-contratransferencial.

Tanto las actitudes del médico como del paciente son pieza clave para el desarrollo de la entrevista donde puede surgir con la consulta como demanda “princeps” o en otras muchas ocasiones constituir otro el motivo de la consulta y detecta por parte del entrevistador la coexistencia de demandas larvadas de sintomatología de la esfera psicopatológica.

La actitud atenta de escucha pero al mismo tiempo alerta debe ser la que predomine en el desarrollo de la entrevista, debiendo transcurrir en un ambiente tranquilo y libre de interrupciones, estando el paciente en una actitud cómoda que permita desarrollar la entrevista en las condiciones idóneas ⁸⁰.

2. HISTORIA CLÍNICA EN PSICOPATOLOGÍA

Una historia clínica adecuada es un pilar fundamental para un buen registro de nuestra actividad y donde deben quedar recogidos los datos de filiación, el motivo de consulta así como los antecedentes familiares y personales.

Debe realizarse una historia clínica personal evolutiva según las diferentes etapas de la vida (infancia, adolescencia, edad adulta...) recogiendo aquellos acontecimientos vitales estresantes que hayan podido presentarse en la vida del paciente.

En la infancia se reflejarán aspectos en relación con la alimentación, desarrollo psicomotriz y del lenguaje, control de esfínteres, relación con padres, hermanos, otros niños y aquellas manifestaciones tempranas del carácter.

En la pubertad-adolescencia se recogerán aspectos vinculados al desarrollo sexual, actitudes hacia el propio sexo y hacia el contrario, hábitos sexuales, orientación profesional, rendimiento escolar, relaciones familiares y sociales.

En la vida adulta, el trabajo, las relaciones con compañeros y superiores, las ambiciones profesionales y personales, las relaciones sexuales, la planificación familiar, los problemas económicos y de vivienda deben quedar recogidas en la historia para un mejor conocimiento del paciente, así como la situación económica, los valores sociales, religiosos y el reparto de roles en la familia.

Es importante recoger también según Pérez Urdániz⁸¹ en la historia clínica, si el paciente acude acompañado por alguna otra persona, especialmente si el paciente no sabe o no puede comunicar bien su historia⁸².

3. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

El examen del estado mental del paciente es el equivalente psiquiátrico al examen físico en medicina general. Con su realización nos aproximamos a conocer el estado psicopatológico del paciente en el momento de efectuar la exploración.

La información se puede organizar en esquemas como el siguiente de *Pérez Urdániz* recogido de la escuela de *Fuller*:

A. Aspecto general, conducta y lenguaje

1. Aspecto físico: concordancia entre la edad real y la aparente, manera de vestir, detalles peculiares, aspecto de estar enfermo o en tensión.
2. Relación con el médico: colaboradora, seductora, negativista, excesivamente amable, hostil, agresiva.
3. Actividad psicomotriz: aumentada, disminuida o normal.
4. Concomitantes físicos de ansiedad-depresión: temblor, manos sudorosas, llanto, tensión muscular, hiperventilación, expresión facial...
5. Actividades repetitivas: gestos peculiares, actos rituales repetitivos,...
6. Alteraciones de la atención: distraído, absorto...

7. Lenguaje: espontáneo, bloqueos, pobre, mutismo, circunstancial, ecolalia,...

B. Estado de ánimo

1. Estado de ánimo, eutímico, hipotímico o depresivo (leve, moderado o grave), hipertímico, maníaco u otros estados de ánimo como miedo o cólera.
2. Afecto o manifestaciones transitorias de diferentes estados de ánimo como por ejemplo momentos de llanto durante la entrevista.

C. Sensorio

Se valora la orientación, memoria y la capacidad de cálculo matemático.

Los déficits en este apartado son indicativos de un proceso orgánico como el delirium o la demencia.

1. Orientación, es decir quién es, cómo se llama y dónde está y fecha.
2. Memoria de retención y de evocación. Se puede dar al paciente una serie de palabras o números y ver la capacidad de memorizarlos y de recordarlos a los 5 y 15 minutos. La memoria inmediata es cuando el paciente los repite inmediatamente después del examinador. La memoria reciente usualmente se explora preguntando a los cinco minutos si recuerda los objetos o palabras que se le pidió memorizar. La

memoria pasada o remota se refiere a eventos que han ocurrido en el pasado distante del paciente.

3. Capacidad de cálculo. Se puede valorar con la prueba de los siete (restando de 7 en 7 a partir de 100). Se valora la rapidez con que responde y el número de errores (para responder bien también se requiere inteligencia, concentración y motivación). Hay veces cuando el paciente no puede hacer este cálculo de las sustracciones de siete, se puede hacer de tres, empezando en 50.

D. Funcionamiento intelectual

Se trata de valorar el cociente intelectual del paciente. Se valora por medio del vocabulario que usa, su manera de expresarse, la complejidad conceptual que es capaz de usar, la información sobre los temas de actualidad que el paciente maneja, y si hay dudas se pueden pedir test psicológicos para valorar el coeficiente intelectual.

E. Proceso del pensamiento

La evaluación del proceso de pensamiento que utiliza el paciente es de particular importancia en la psicosis, en las que hay un trastorno de pensamiento, pero aún en ausencia de psicosis la evaluación del proceso de pensamiento proporciona datos de gran interés.

1. Coherencia del pensamiento
2. Lógica
3. Curso del pensamiento: adecuado, exceso de ideas, pobreza de ideas, lento, rápido, tangencial, circunstancial, evasivo.
4. Asociaciones: inconexas cuando una idea lleva a otra con la que no parece existir ninguna relación, fuga de ideas, bloqueos.
5. Percepción, alucinaciones, ideas de referencia, ilusiones o deformación y mal interpretación de estímulos sensoriales, distorsiones de la imagen corporal o despersonalización, desrealización.
6. Delirios: falsas creencias firmemente arraigadas y resistentes al razonamiento lógico, los hay de persecución, grandeza, culpa...
7. Contenido del pensamiento o principales temas e ideas, que preocupan al paciente, incluida la idea de suicidio u homicidio que siempre se debe evaluar, ya que muchas veces de ello depende si se admite al paciente al hospital o si se procede a su alta.
8. Juicio: capacidad de utilizar el sentido común en las situaciones diarias de la vida, familiares, económicas o sociales.
9. Capacidad de abstracción o de utilizar el pensamiento abstracto: se puede examinar preguntando refranes al paciente para ver si es capaz de comprender el sentido abstracto, y también preguntando similitudes.

10. Introspección o “insight”: capacidad del paciente de comprender la naturaleza del problema, capacidad de asumirlo o de echar la culpa a los demás o a las circunstancias o si ve posibles vías de solución. La introspección puede ser nula, parcial o total.

4. EXAMEN FÍSICO Y NEUROLÓGICO

La valoración integral del paciente en estudio por trastornos psicopatológicos requiere un examen físico que incluya una exploración completa por órganos y aparatos con especial mención de la realización de una adecuada valoración neurológica.

5. ESCALAS DE VALORACIÓN

La importancia de un diagnóstico adecuado y la dificultad originada por los problemas de escasez de tiempo en la práctica asistencial diaria obliga a disponer de instrumentos que de forma sencilla nos permitan discriminar la posible existencia de este tipo de trastornos y que se encuentren disponibles no sólo para especialistas en el ámbito de la psiquiatría y psicología sino también al alcance de otras especialidades médicas que tratan directamente a este tipo de pacientes como pueden ser en el caso de este trabajo de investigación de la ginecología y que además tienen un mejor conocimiento de la paciente y conocen la evolución del proceso de forma temporal y pueden no sólo detectar sino diagnosticar y lograr un tratamiento adecuado.

Medir es aplicar unas reglas para asignar valores (generalmente numéricos) a objetos o eventos y así representar cantidades, cualidades y categorías.

En la medicina y en el abordaje en este caso de los trastornos psicopatológicos existen instrumentos y reglas que permiten por analogía a la física, aportar unos valores numéricos a través de los cuales se pueden hacer calibraciones de magnitudes y cambios, así como comparaciones entre grupos.

Pero realmente, ¿se pueden medir en condiciones científicas estados predominantemente subjetivos como son por ejemplo, la ansiedad o la depresión?

La respuesta es claramente afirmativa a la luz de las evidencias científicas y están en el campo de la psiquiatría aún más desarrolladas que en otros campos de la medicina.

Las medidas de discriminación pretenden distinguir grupos respecto a una o más variables. Entre los tipos básicos de instrumentos de evaluación en psiquiatría y salud mental encontramos:

1. Inventarios descriptivos: listas de comprobación de ítems que no permiten más que una recogida sistemática de información.
2. Escalas de evaluación: son los instrumentos más habituales de uso clínico y ofrecen la posibilidad de graduación acumulativa de sus ítems y por lo tanto tratamientos numéricos. Cuando son autoaplicadas se llaman cuestionarios.

3. Entrevistas estructuradas: varían según la estructuración de las preguntas y en consecuencia del entrenamiento que requieren.
4. Baterías compuestas: constan de diferentes instrumentos, como cuaderno de recogida de datos, escalas de evaluación y entrevistas estructuradas de diagnóstico actual y anterior, siendo instrumentos complejos aunque proporcionan una gran información.

6. CONSISTENCIA INTERNA, FIABILIDAD Y VALIDEZ DE UNA ESCALA

Las preguntas fundamentales acerca de la consistencia interna (grado de homogeneidad) de un instrumento que deben formularse son:

¿Tienen todos los ítems de la escala una contribución mínima en la misma?

¿Tienen todos los ítems de la escala una contribución equilibrada o similar en la escala?

¿Alguno de los ítems contribuye de forma claramente desvariada con respecto a los demás?

En lo que respecta a la fiabilidad (nos determina el grado de reproductibilidad de una medida) las preguntas fundamentales que deben formularse son:

¿Usando el mismo procedimiento, personas diferentes se obtienen los mismos resultados?

¿Usando el mismo procedimiento, la misma persona obtiene el mismo resultado en dos momentos distintos?

¿Independientemente de quien lo use, el procedimiento empleado asigna la medida consistentemente?

¿Cuánto margen de error se incluye en los números asignados a la medida?

En lo que respecta a la validez (grado en el que el instrumento mide realmente aquello que se quiere medir) debemos formular los siguientes interrogantes:

¿Los números asignados por un procedimiento son similares a los que serían asignados por otro procedimiento diseñado para medir el mismo atributo?

¿Los números asignados pueden predecir comportamientos futuros o rendimientos apropiados en relación con el atributo medido?

¿Los distintos componentes del procedimiento de medida (ítems) cuadran con los distintos constituyentes del atributo?

¿Los sujetos diferenciados por este procedimiento, según tengan o no tengan el atributo, se comportan separadamente o se solapan?

Bulbena y cols. además de las características que debe cumplir una escala consideran los siguientes **pasos para la selección de un instrumento de medida**:

Primer paso: ¿por qué un instrumento?

- Si se quiere convertir los síntomas y manifestaciones psiquiátricas en ítems para recogida sistemática y numérica.
- Si se quiere entrevistar de forma estructurada, completa y validada, por ejemplo para el diagnóstico.
- Si se quiere usar un método complementario (por ejemplo, instrumento de cribaje) o suplementario (por ejemplo, seguimiento)
- Si se quiere llevar a cabo una investigación clínica, lo que incluye protocolo, diseño y recursos (humanos, materiales y económicos)

Segundo paso: ¿qué nos proponemos medir con el instrumento?

Área evaluada:

- Manifestaciones (síntomas, funciones, rasgos, diagnósticos, etc...)
- Bases (biológicas, sociales o psicológicas)
- Tratamientos (psicoterapias, farmacología, ambientales, etc...)
- Relación/escenario (conducta de la enfermedad, conducta del entrevistador, circuito sanitario, instrumentos...)

Función de la evaluación:

- Predicción (cribaje, predicción de cuidados, predicción de ingresos, etc...)
- Discriminación (entre grupos con respecto a una o más variables)

- Evaluación (intensidad de las manifestaciones o cambio en el tiempo)

Marco temporal:

- Retrospectivo: un mes, seis meses, un año, toda la vida.
- Momento actual
- Seguimiento en el tiempo

Tipo de administración:

- Autoaplicación
- Heteroaplicación

Tercer paso: ¿se puede aplicar el instrumento?

- Comprobar la fiabilidad
- Comprobar la validez
- Comprobar los coeficientes de validez interna
- Comprobar y corregir si es preciso la comprensión de los ítems
- Comprobar y corregir si es preciso la aceptabilidad de los ítems
- Comprobar y corregir si es preciso los sesgos en la cumplimentación

Cuarto paso: ¿merece la pena el esfuerzo de aplicar un instrumento?

- Si se garantiza la existencia de un proyecto clínico/evaluativo con objetivos y/o hipótesis si es de investigación, que fundamente el uso de instrumentos.
- Si se han calibrado correctamente los costos en tiempo, en material, en instrumental, en espacios, humanos (entrevistadores y pacientes) y éticos (por ejemplo, confidencialidad, consentimiento, etc...)
- Si NO se emplean instrumentos redundantes, poco validados, poco fiables o éticamente dudosos.

Escalas de medición de la ansiedad y la depresión

- **Escala de ansiedad y depresión de Goldberg ^{83, 84}**

Es un test de detección de malestar psíquico. Se administra de forma heteroaplicada. Se puede aplicar a personas que acuden a la consulta por síntomas psicopatológicos o con síntomas somáticos inespecíficos; aquellas que acuden con frecuencia o consultan con muchos síntomas; que consumen algún tipo de hipnótico o analgésicos o que presentan algún factor de riesgo psicosocial por encontrarse en un momento de crisis o vulnerabilidad.

El test se puede aplicar en pocos minutos. Además, permite discriminar entre ansiedad y depresión y tiene capacidad para proporcionar información sobre la gravedad de cada trastorno por separado. Consta de dos subescalas, con respuestas del tipo: si/no. Las cuatro primeras preguntas de cada subescala son obligatorias y puntúan los síntomas que duran más de dos semanas.

Tiene unos buenos indicadores de validez, presentando la versión castellana también además de una buena validez, una buena fiabilidad con una sensibilidad de 83.1% y alta especificidad: 81.8%, así como un valor predictivo positivo del 95.3%⁸⁵.

La probabilidad es tanto mayor de presentar este tipo de trastornos cuanto mayor es el número de respuestas positivas.

- **HAD: Hospital, ansiedad, depresión**

Escala de 14 ítems diseñada para la evaluación de la ansiedad y la depresión en pacientes ambulatorios no psiquiátricos. Se trata de una medida de estado que contiene dos escalas, una para la ansiedad y otra para la depresión. Para su valoración se considera que entre 0 y 7 no indica caso, entre 8 y 10 son dudosos y 11 o más son, probablemente, casos en cada una de las subescalas.

Una de sus principales virtudes es la sustitución de los síntomas somáticos para que se pueda evaluar independientemente de la enfermedad

somática subyacente. Se trata de un instrumento muy útil que ha sido validado con éxito en nuestro medio.⁸⁶

- **Beck anxiety inventory (BAI)**

Instrumento autoadministrado que presenta buena fiabilidad, validez y sensibilidad para detectar la ansiedad, pero aún no estudiado para determinar la gravedad y el cambio. Presenta 21 ítems que son síntomas que pueden ser valorados según su grado de intensidad y están más centrados en las características psicofisiológicas de la ansiedad. El abanico de valores se extiende entre 0 y 63, y el punto de corte propuesto es de 26 para la probabilidad de un caso de trastorno de ansiedad. Tiene una versión en castellano de Echeburúa⁸⁷.

- **State-trait anxiety (STAI)⁸⁸**

Es la escala de ansiedad autoadministrada de ansiedad más utilizada. Presenta 20 ítems para valorar la ansiedad de estado (en ese momento) y 20 para valorar la de rasgo (generalmente), con cuatro grados de gravedad. Las dos escalas pueden ser utilizadas por separado. Es sensible y fácil de completar. Su versión española se haya comercializada.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Entre las pruebas complementarias que pueden plantearse realizar en el paciente con trastornos psicopatológicos se encuentran:

- Analítica básica con hemograma y bioquímica
- Perfil tiroideo
- Estudio de funciones renal y hepática
- Electrocardiograma previo en caso de iniciar tratamiento con antidepresivos tricíclicos para descartar arritmias que pueden inclusive agravarse con su empleo.
- Electroencefalograma
- Potenciales evocados
- Polisomnografía o laboratorio del sueño
- Niveles plasmáticos de psicofármacos y de alcohol y/o drogas
- Pruebas de sífilis y SIDA
- Tomografía axial computerizada del SNC
- Resonancia nuclear magnética
- Estudio de flujo circulatorio cerebral.

OBJETIVOS

1. Detectar de forma precoz, eficaz y eficiente, síntomas ansioso-depresivos en pacientes sometidas a una histerectomía.
2. Descubrir la relación entre las variables clínicas, bioquímicas y antropométricas con la existencia de síntomas ansioso-depresivos en nuestras pacientes.
3. Establecer técnicas de despistaje de los síntomas ansioso-depresivos en la práctica clínica diaria en las pacientes analizadas, para promover una mejor calidad de vida en las mujeres histerectomizadas a través de un diagnóstico y tratamientos adecuados.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS:

SI LA MUJER HISTERECTOMIZADA PRESENTA UNA ELEVADA PREVALENCIA E INCIDENCIA DE TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS ANSIOSOS DEPRESIVOS INFRADIAGNOSTICADOS E INFRATRATADOS.

ENTONCES PODRIAMOS PROTOCOLIZAR EL ESTABLECIMIENTO DE TECNICAS DE DESPISTAJE EN LA PRACTICA CLINICA DIARIA EN LA MUJER HISTERECTOMIZADA MEDIANTE LAS ESCALAS UTILIZADAS PARA REALIZAR UN CORRECTO ABORDAJE TERAPÉUTICO EN ESTE GRUPO POBLACIONAL QUE PERMITA UNA MEJORA DE SU CALIDAD DE VIDA.

SUJETOS Y MÉTODOS

TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS:

Iniciamos nuestro estudio con la solicitud de la realización de nuestro estudio a la Dirección del Hospital Materno-Infantil de Málaga, perteneciente al Complejo Hospitalario Carlos Haya de Málaga.

Todas las pacientes estudiadas pertenecen al Área de Ginecología del Hospital Materno-Infantil del Complejo Hospitalario Carlos Haya de Málaga del Servicio Andaluz de Salud.

Mediante muestreo aleatorio se seleccionaron las pacientes incluidas en el estudio. En total han sido estudiados 169 casos que han quedado divididos en dos subgrupos.

En el primer subgrupo encontramos a las 50 pacientes pertenecientes al grupo denominado: Menopausia Natural, mujeres que por su edad están atravesando esta etapa de forma natural.

El segundo subgrupo lo conforman 119 pacientes que han sido histerectomizadas con/sin anexectomía acompañante, siendo denominado este segundo subgrupo como: Menopausia Artificial.

Todas nuestras pacientes habían sido previamente informadas de su inclusión en dicho estudio y de la confidencialidad total y absoluta de los datos.

El estudio constaba de dos fases:

1. Fase de entrevista y exploración clínica: en esta fase las pacientes expresaron su consentimiento oralmente. En base a una ficha multiparamétrica de elaboración propia se procede a la recogida de datos, a

través de la anamnesis directa con las pacientes y la utilización como material de apoyo de la historia clínica existente en el centro.

En la misma entrevista clínica se procedieron a aplicar las escalas de Goldberg para el despistaje de los trastornos ansiosos y depresivos a evaluar en las pacientes menopáusicas (Naturales o Artificiales) objeto de nuestro estudio.

Para ello se procedió a interrogar a las pacientes acerca de los síntomas contenidos en las escalas, referidos a los quince días previos a la consulta, ignorando los síntomas que en el momento actual han dejado de estar presentes o cuya intensidad era leve.

Aunque podían existir otros síntomas en relación a los cuadros ansioso-depresivos analizados y que fueron explorados, la puntuación se obtuvo únicamente a partir de los mencionados en las escalas, considerando que aunque todos los ítems gozaban de la misma puntuación, seguían un orden de gravedad creciente, de forma que los últimos ítems de cada escala suelen aparecer en los pacientes con los trastornos más graves.

2. Se determinaron también las variables antropométricas y tensionales procediéndose a la realización de la extracción de la muestra sanguínea, siendo procesados los resultados en el Laboratorio del Hospital Materno-Infantil del Servicio Andaluz de Salud.

Se tomaron muestras de sangre en ayunas de cada una de las pacientes incluidas en el estudio.

En las muestras obtenidas se han determinado los valores de glucemia, GOT, hierro, FSH, LH, prolactina, 17 Beta estradiol y TSH.

Una vez que se han establecido los factores y que marcan las diferencias entre estos dos grupos se han relacionado varios factores entre sí. Además de analizar cómo se alteran estos factores en cada grupo, se ha procedido a ver qué relaciones existen entre estos factores, y posteriormente ver cuáles de estos factores intervienen en la producción de los síntomas ansioso-depresivos de nuestras pacientes.

Mediante los resultados obtenidos estadísticamente obtenemos la probabilidad de que un determinado paciente, sea susceptible de presentar síntomas ansioso-depresivos. Se pueden establecer técnicas de despistaje precoces, permitiendo protocolizar e incluso llegar a establecer técnicas en la práctica clínica diaria que permitan poner de manifiesto los síntomas de ansiedad y depresión que pueden existir en este tipo de pacientes.

Utilizamos los datos de las analíticas de cada paciente. En este trabajo no se ha realizado ningún tipo de intervención sobre nuestras pacientes.

El análisis sanguíneo se realizó a primera hora de la mañana, en riguroso ayuno, en el Hospital Materno-Infantil. Las muestras fueron enviadas

cumpliendo el protocolo de rutina, al Laboratorio de Análisis Clínicos del Hospital Materno-Infantil de Málaga.

En el mismo, las técnicas de determinación y los aparatos utilizados fueron los siguientes:

El hemograma se realizó mediante citometría de flujo en un autoanalizador modelo **ADVIA 120 de Bayer**. La bioquímica sanguínea (glucosa) fue realizada en el analizador modelo **DIMENSION RXL de DADE BEHRING**, mediante espectroscopía de absorción molecular de UV-visible. Estos aparatos son sometidos a continuos controles de calidad internos.

En la exploración de nuestras pacientes se determinaron el peso y la talla. El índice de masa corporal se calcula dividiendo el peso (kg) por la altura en metros al cuadrado (**Fórmula de Quetelet**).

Determinamos la presión arterial con un esfigmomanómetro de mercurio, siguiendo las recomendaciones de la Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial, siendo válida la segunda de las dos tomas que hicimos con un intervalo de 15 minutos entre las dos. Se consideraron hipertensos a aquellas pacientes con PAS igual o superior a 140 mmHg y/o PAD igual o superior a 90 mmHg.

El procesamiento informático se realizó introduciendo los datos en un ordenador **PC Pentium IV**, utilizando el procesador de textos **Microsoft Word-XP**, una base de datos en el programa **Microsoft Excel-XP**. El estudio

estadístico fue realizado con el programa de ordenador **SSPS versión 11.0** para Windows.

Las variables fueron codificadas, tal y como se expone posteriormente. Los resultados se han presentado globalmente para todas las pacientes.

Para demostrar la asociación estadística entre diferentes variables detectadas en la muestra realizamos distintos tests estadísticos. Cuando las variables eran cualitativas utilizamos **Test de Independencia** para tablas de contingencia: χ^2 de Pearson.

Para las variables cuantitativas se realizaron análisis de correlación y regresión: **Coeficiente de correlación de Pearson y regresión lineal**.

Si la relación era entre variables dicotómica y cuantitativa se realizó el **test de la t-Student**. Para relación entre variables cualitativas con >2 categorías y cuantitativa se realizó el análisis de la varianza: **ANOVA**.

Además hemos planteado un modelo para predecir los trastornos ansioso-depresivos para las pacientes con menopausia natural y artificial realizando el análisis de regresión logística múltiple. Este análisis estadístico nos permite detectar la probabilidad de que una persona presente trastornos ansioso-depresivos desde los valores de otras variables utilizadas en dicho modelo.

La presentación del análisis estadístico consta de un estudio descriptivo de cada variable analizada, separadas en dos subgrupos:

Subgrupo 0: Menopausia Natural

Subgrupo 1: Menopausia Artificial

Siempre hemos considerado que el test estadístico era significativo cuando el valor de p era inferior a 0.05. En algún caso aislado se ha considerado también cuando el valor de p era inferior a 0.10 (se consigna). Los resultados se han presentado como media \pm desviación típica, y en su caso el p -valor y el odds ratio. Los intervalos de confianza comprendían el 95% de la muestra, con un valor $p < 0.05$.

FICHA MULTIPARAMÉTRICA DE ELABORACIÓN PROPIA DE RECOGIDA
DE DATOS DE LAS PACIENTES

Nº: FECHA DE LA ENTREVISTA:

DATOS DE FILIACIÓN DE LA PACIENTE:

• NOMBRE Y APELLIDOS

• TELÉFONO DE CONTACTO

• EDAD :

• ESTADO CIVIL

Soltera o Viuda	<input type="checkbox"/>
Casada	<input type="checkbox"/>

• TRABAJO

No Trabaja	<input type="checkbox"/>
Trabaja	<input type="checkbox"/>

- RELIGIÓN

No Cree	
Cree	

- Nº HIJOS:

HÁBITOS DE VIDA:

- TABAQUISMO:

No Fuma	
Exfumadora	
Menos de 10 cigarrillos al día	
Entre 10 y 20 cigarrillos al día	
Más de 20 cigarrillos al día	

- ALCOHOL:

No Bebe	
Bebe	

• ACTIVIDAD FÍSICA:

No hace ejercicio	
Sólo camina	
Acude a un gimnasio	
Practica Aeróbic	
Otras actividades físicas	

HISTERECTOMÍA ANTES DE LA MENOPAUSIA:

No	
Sí	

MOTIVO DE LA HISTERECTOMIA:

Endometriosis	
Fibroma/Mioma	
Metrorragia a filiar	
Quistes	
Otros	

FECHA DE LA HISTERECTOMIA:

AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA HISTERECTOMÍA:

TIPO DE HISTERECTOMIA:

Histerectomía sin anexectomía	
Histerectomía con anexectomía unilateral	
Histerectomía con anexectomía bilateral	

MANIFESTACIONES SISTÉMICAS Y GINECOLÓGICAS:

- SINTOMATOLOGÍA VEGETATIVA:

No Presenta Manifestaciones Vegetativas	
Sí Presenta Manifestaciones Vegetativas	

- ATROFIA VULVOVAGINAL:

No	
Sí	

- ORGASMOS:

Menos que antes	
Igual que antes	
Más que antes	

- PATRÓN DE LA CITOLOGIA:

Normal	
Alterada	

PERFIL ANTROPOMÉTRICO:

- PESO:
- TALLA:

TENSIÓN ARTERIAL:

PERFIL HEMATIMÉTRICO:

- LEUCOCITOS:
- PLAQUETAS:

PERFIL BIOQUÍMICO:

- GLUCEMIA:
- GOT:
- HIERRO:

MARCADORES HORMONALES

- FSH:
- LH:
- TSH:
- PROLACTINA:
- 17 β ESTRADIOL:

IONOGRAMA:

- SODIO (Na⁺):
- POTASIO (K⁺):
- CLORO (Cl⁻):

DIETA:

No	<input type="text"/>
Sí	<input type="text"/>

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS:

No	<input type="text"/>
Sí	<input type="text"/>

Especificación del tratamiento

SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG

	Si	No
1. ¿SE HA SENTIDO MUY EXCITADO, NERVIOSO O EN TENSIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿HA ESTADO MUY PREOCUPADO POR ALGO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿SE HA SENTIDO MUY IRRITABLE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿HA TENIDO DIFICULTAD PARA RELAJARSE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(SI HAY TRES O MÁS RESPUESTAS AFIRMATIVAS, CONTINUAR PREGUNTANDO)

	Si	No
5. ¿HA DORMIDO MAL, HA TENIDO DIFICULTADES PARA DORMIR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿HA TENIDO DOLORES DE CABEZA O DE NUCA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: TEMBLORES, HORMIGUEOS, MAREOS, SUDORES, DIARREA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿HA ESTADO PREOCUPADO POR SU SALUD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿HA TENIDO ALGUNA DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL ANSIEDAD:

*El entrevistador debe preguntar al paciente acerca de los síntomas contenidos en las escalas, referidos a los 15 días previos a la consulta, debiendo ignorar los síntomas que en el momento actual han dejado de estar presentes o cuya intensidad es leve.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

SUBESCALA DE ANSIEDAD: 4 o más respuestas afirmativas del total de las preguntas.

SUBESCALA DE DEPRESIÓN:

	Si	No
1. ¿SE HA SENTIDO CON POCA ENERGÍA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿HA PERDIDO EL INTERÉS POR LAS COSAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿HA PERDIDO LA CONFIANZA EN SI MISMO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿SE HA SENTIDO USTED DESESPERANZADO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(SI HAY RESPUESTAS AFIRMATIVAS A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, CONTINUAR)

	Si	No
5. ¿HA TENIDO DIFICULTADES PARA CONCENTRARSE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿HA PERDIDO PESO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿SE HA ESTADO DESPERTANDO DEMASIADO TEMPRANO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿SE HA SENTIDO VD ENLENTECIDO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿CREE VD. QUE HA TENIDO TENDENCIA A ENCONTRARSE PEOR POR LAS MAÑANAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL DEPRESIÓN:

*El entrevistador debe preguntar al paciente acerca de los síntomas contenidos en las escalas, referidos a los 15 días previos a la consulta, debiendo ignorar los síntomas que en el momento actual han dejado de estar presentes o cuya intensidad es leve.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

SUBESCALA DE DEPRESIÓN: 2 o más respuestas afirmativas de todas las preguntas del test.

CODIFICACIÓN DE LA FICHA MULTIPARAMÉTRICA DE ELABORACIÓN

PROPIA DE RECOGIDA DE DATOS DE LAS PACIENTES

En nuestra ficha multiparamétrica de recogida de datos hemos diferenciado, de forma clara, diferentes bloques. En un primer bloque hacemos alusión a aspectos generales relacionados con los datos personales de la paciente, historial médico (anamnesis), hábitos de valores tensionales.

En un segundo bloque hemos reunido toda la parte analítica como son: las variables lipídicas, los niveles bioquímicos (glucemia, GOT,...) ionograma y los marcadores hormonales.

Para terminar el tercer bloque estaría compuesto por las subescalas de ansiedad y depresión de Goldberg.

PRIMER BLOQUE

Nº: Número de ficha.

FECHA ENTREVISTA: día, mes y año de entrevista con la paciente.

DATOS DE FILIACIÓN DE LA PACIENTE:

- NOMBRE Y APELLIDOS
- TELÉFONO DE CONTACTO
- EDAD : años

- ESTADO CIVIL

Soltera o Viuda 0

Casada 1

- TRABAJO

No Trabaja 0

Trabaja 1

- RELIGIÓN

No Cree 0

Cree 1

- N° HIJOS: expresado en números.

HÁBITOS DE VIDA:

- TABAQUISMO: Analizaremos los niveles de adicción al tabaco en nuestras pacientes según el número de cigarrillos que consumen diariamente.

No Fuma	0
Exfumadora	1
Menos de 10 cigarrillos al día	2
Entre 10 y 20 cigarrillos al día	3
Más de 20 cigarrillos al día	4

- ALCOHOL: En esta variable hemos querido detectar el hábito alcohólico de las pacientes.

No Bebe	0
Bebe	1

- ACTIVIDAD FISICA: Con esta variable analizamos el estilo de vida de las pacientes, observando las mujeres que llevan una vida bastante sedentaria.

No hace ejercicio	0
Sólo camina	1
Acude a un gimnasio	2
Practica Aeróbic	3
Otras actividades físicas	4

HISTERECTOMÍA ANTES DE LA MENOPAUSIA:

No 0

Sí 1

MOTIVO DE LA HISTERECTOMIA:

Endometriosis 0

Fibroma/Mioma 1

Metrorragia a filiar 2

Quistes 3

Otros 4

FECHA DE LA HISTERECTOMIA: Año de la intervención quirúrgica.

AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA HISTERECTOMÍA: Tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica hasta la fecha de la entrevista.

TIPO DE HISTERECTOMIA:

Histerectomía sin anexectomía 0

Histerectomía con anexectomía unilateral 1

Histerectomía con anexectomía bilateral 2

MANIFESTACIONES SISTÉMICAS Y GINECOLÓGICAS:

- SINTOMATOLOGÍA VEGETATIVA: Todos los síntomas característicos de la menopausia: bochornos, calores, sofocos...

No Presenta Manifestaciones Vegetativas 0

Sí Presenta Manifestaciones Vegetativas 1

- ATROFIA VULVOVAGINAL: Se realiza mediante una exploración ginecológica.

No 0

Sí 1

- ORGASMOS: Variable cuantitativa con la que compararemos el número de orgasmos de la situación anterior con el estado actual.

Menos que antes 0

Igual que antes 1

Más que antes 2

- PATRÓN DE LA CITOLOGÍA: Mediante el test Papanicolaou comprobaremos si la muestra tomada de la paciente es normal o alterada.

Normal 0

Alterada 1

PERFIL ANTROPOMÉTRICO:

- PESO: medido en Kilogramos.
- TALLA: medida en centímetros.
- INDICE DE MASA CORPORAL: El IMC ha sido obtenido mediante la aplicación de la fórmula de Quetelet:

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kgs)} / \text{Talla}^2 \text{ (m}^2 \text{)}$$

- GRADO DE INDICE DE MASA CORPORAL:

- Según los valores establecidos por la OMS (Organización Mundial de la Salud)

Normopeso (20/24.9)	0
Sobrepeso (25/29.9)	1
Obesidad (30/39.9)	2
Obesidad Mórbida (\geq de 40)	3

- La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), en su consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad, estableció los criterios de clasificación e intervención terapéutica:

Peso insuficiente	< de 18.5
Normopeso	18.5 – 24.9
Sobrepeso grado I	25 – 26.9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27 – 29.9
Obesidad tipo I	30 – 34.9
Obesidad tipo II	35 – 39.9
Obesidad tipo III (mórbida)	40 – 49.9
Obesidad tipo IV (extrema)	> de 50

- OBESIDAD

Normopeso 0

Alteración 1

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Los valores 140/90 mmHg.

Normal 0

Hipertensa 1

SEGUNDO BLOQUE

PERFIL HEMATIMÉTRICO:

- LEUCOCITOS: 4.00 – 11.00 M/mmc.
- PLAQUETAS: 150 - 500 M/mmc.

PERFIL BIOQUÍMICO:

- GLUCEMIA BASAL: La nueva normativa establece los niveles de normalidad entre 70-105 mg/dl.
- GOT: Se establecen valores de 15 – 37 U/L.
- HIERRO: Los valores son 35 – 150 mcg/dl.

MARCADORES HORMONALES

- FSH: Valores de 30 – 170 U/L.
- LH: Valores de 20 – 80 mU/ml.
- TSH: Valores de 0.2 – 5 mcU/ml.
- PROLACTINA: Valores de 3 – 25 ng/ml.
- 17 β ESTRADIOL: Valores de 5- 30 pg/ml.

IONOGRAMA:

- SODIO (Na⁺): Valores de referencia 135 – 145 mEq/l.
- POTASIO (k⁺): Valores de referencia 3.5 – 5.0 mEq/l.
- CLORO (Cl⁻): Valores de referencia 85 – 110 mEq/l.

DIETA: Indicaremos si la paciente realiza algún tipo de dieta o restricción alimenticia.

No 0

Sí 1

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS: Tomamos nota de si nuestra paciente está realizando en la actualidad algún tratamiento farmacológico. Estaremos muy alertas de esta variable ya que sus efectos pueden influir de forma muy directa sobre los resultados de la analítica.

No 0

Sí 1

En este cuadro queda anotado el tratamiento de nuestra paciente para verificar si influye en nuestro estudio de forma directa o no.

TERCER BLOQUE

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

La escala de depresión y ansiedad de Goldberg⁸³ (EADAC) fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes. La ansiedad y la depresión. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por el médico de Asistencia Primaria⁸⁹. Puede servir de guía de la entrevista⁹⁰, aunque sin sustituir a la historia clínica, así como un indicador de la prevalencia y de la gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria y tiene una sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%) y valor predictivo positivo (95.3%) adecuados.

SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG

1. ¿SE HA SENTIDO MUY EXCITADO, NERVIOSO O EN TENSION?
2. ¿HA ESTADO MUY PREOCUPADO POR ALGO?
3. ¿SE HA SENTIDO MUY IRRITABLE?
4. ¿HA TENIDO DIFICULTAD PARA RELAJARSE?

No	Sí
0	1
0	1
0	1
0	1

(SI HAY TRES O MÁS RESPUESTAS AFIRMATIVAS, CONTINUAR PREGUNTANDO)

	No	Sí
5. ¿HA DORMIDO MAL, HA TENIDO DIFICULTADES PARA DORMIR?	0	1
6. ¿HA TENIDO DOLORES DE CABEZA O DE NUCA?	0	1
7. ¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: TEMBLORES, HORMIGUEOS, MAREOS, SUDORES, DIARREA?	0	1
8. ¿HA ESTADO PREOCUPADO POR SU SALUD?	0	1
9. ¿HA TENIDO ALGUNA DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO?	0	1

TOTAL ANSIEDAD:

*El entrevistador debe preguntar al paciente acerca de los síntomas contenidos en las escalas, referidos a los 15 días previos a la consulta, debiendo ignorar los síntomas que en el momento actual han dejado de estar presentes o cuya intensidad es leve.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

SUBESCALA DE ANSIEDAD: 4 o más respuestas afirmativas

SUBESCALA DE DEPRESIÓN:

	No	Sí
1. ¿SE HA SENTIDO CON POCA ENERGÍA?	0	1
2. ¿HA PERDIDO EL INTERÉS POR LAS COSAS?	0	1
3. ¿HA PERDIDO LA CONFIANZA EN SI MISMO?	0	1
4. ¿SE HA SENTIDO USTED DESESPERANZADO?	0	1

(SI HAY RESPUESTAS AFIRMATIVAS A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, CONTINUAR)

	No	Sí
5. ¿HA TENIDO DIFICULTADES PARA CONCENTRARSE?	0	1
6. ¿HA PERDIDO PESO?	0	1
7. ¿SE HA ESTADO DESPERTANDO DEMASIADO TEMPRANO?	0	1
8. ¿SE HA SENTIDO VD ENLENTECIDO?	0	1
9. ¿CREE VD. QUE HA TENIDO TENDENCIA A ENCONTRARSE PEOR POR LAS MAÑANAS?	0	1

TOTAL DEPRESIÓN:

*El entrevistador debe preguntar al paciente acerca de los síntomas contenidos en las escalas, referidos a los 15 días previos a la consulta, debiendo ignorar los síntomas que en el momento actual han dejado de estar presentes o cuya intensidad es leve.

CRITERIOS DE VALORACIÓN:

SUBESCALA DE DEPRESIÓN: 2 o más respuestas afirmativas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO I

DESCRIPTIVO

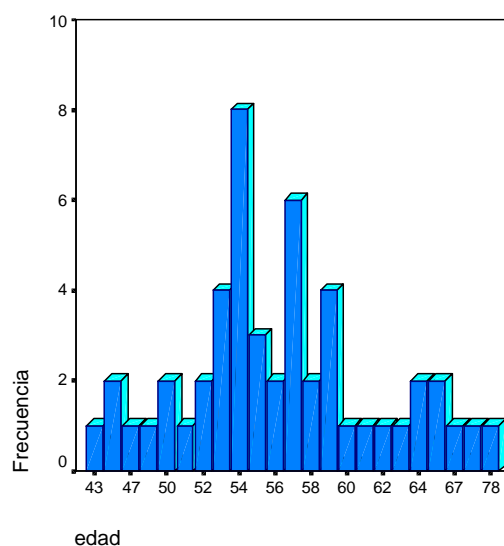
Edad

Grupo Menopausia Natural

Estadísticos

edad

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		56,32
Error típ. de la media		,892
Mediana		55,50
Moda		54
Desv. típ.		6,310
Varianza		39,814
Mínimo		43
Máximo		78
Suma		2816
Percentiles	25	53,00
	50	55,50
	75	59,00

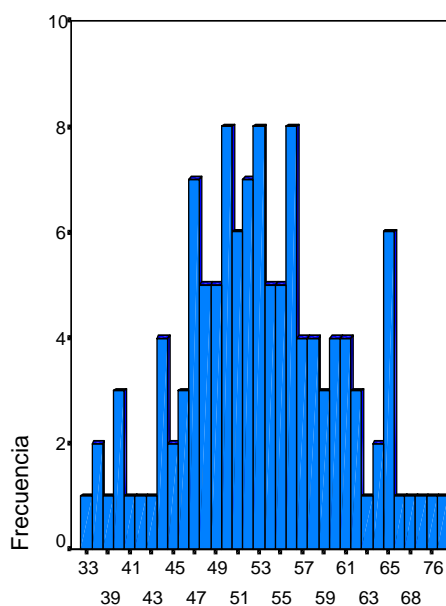


Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos

edad

N	Válidos	119
	Perdidos	0
Media		53,31
Error típ. de la media		,713
Mediana		53,00
Moda		50 ^a
Desv. típ.		7,778
Varianza		60,504
Mínimo		33
Máximo		78
Suma		6344
Percentiles	25	48,00
	50	53,00
	75	58,00



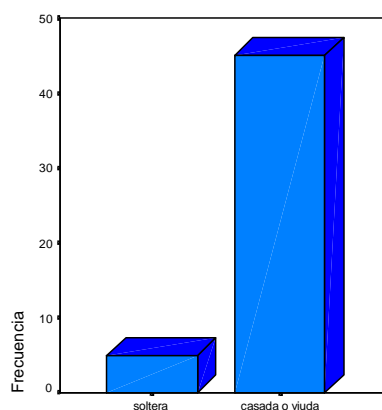
a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Estado Civil

Grupo Menopausia Natural

Estado Civil

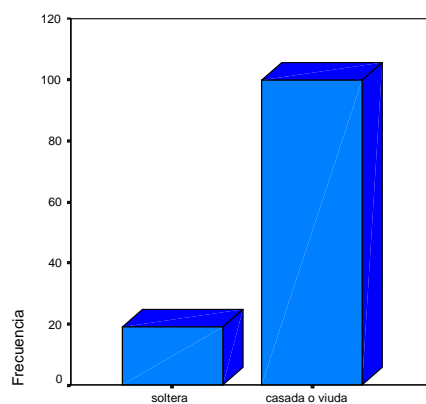
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	soltera	5	10,0	10,0	10,0
	casada o viuda	45	90,0	90,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	soltera	19	16,0	16,0	16,0
	casada o viuda	100	84,0	84,0	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

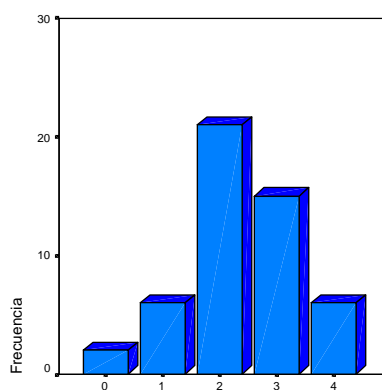


Número de hijos

Grupo Menopausia Natural

Número de hijos

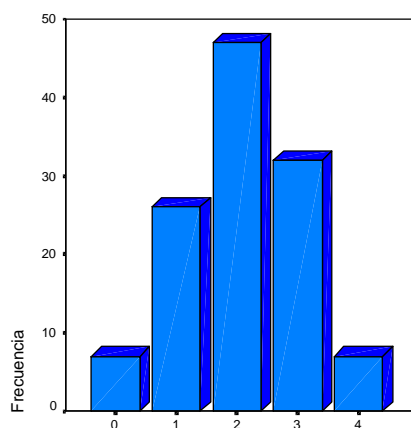
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	2	4,0	4,0	4,0
	1	6	12,0	12,0	16,0
	2	21	42,0	42,0	58,0
	3	15	30,0	30,0	88,0
	4	6	12,0	12,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Número de hijos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	7	5,9	5,9	5,9
	1	26	21,8	21,8	27,7
	2	47	39,5	39,5	67,2
	3	32	26,9	26,9	94,1
	4	7	5,9	5,9	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

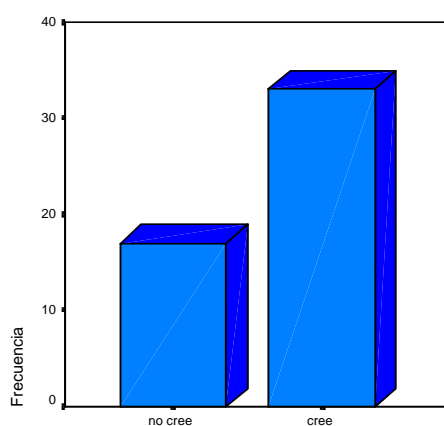


Religión

Grupo Menopausia Natural

Religión

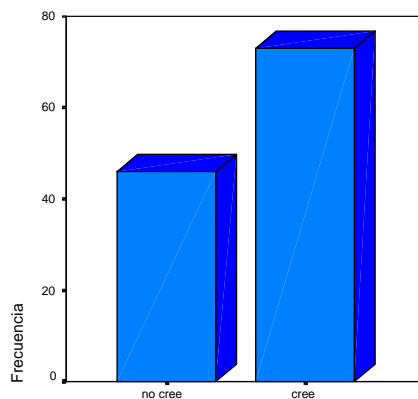
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no cree	17	34,0	34,0	34,0
	cree	33	66,0	66,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Religión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no cree	46	38,7	38,7	38,7
	cree	73	61,3	61,3	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

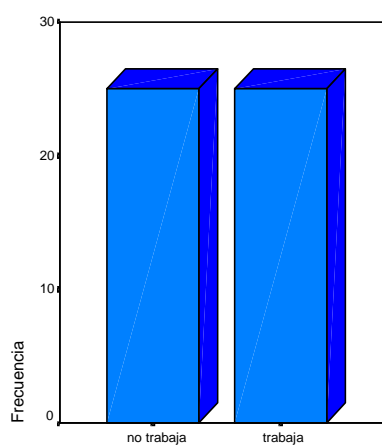


Situación laboral

Grupo Menopausia Natural

Trabajo

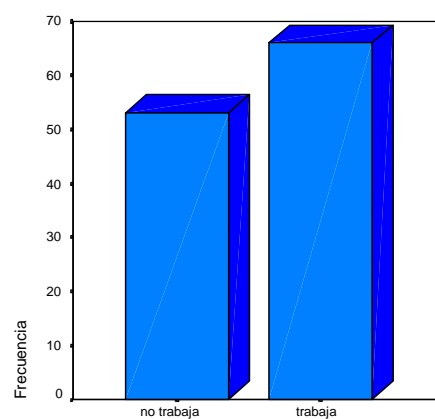
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no trabaja	25	50,0	50,0	50,0
	trabaja	25	50,0	50,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no trabaja	53	44,5	44,5	44,5
	trabaja	66	55,5	55,5	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

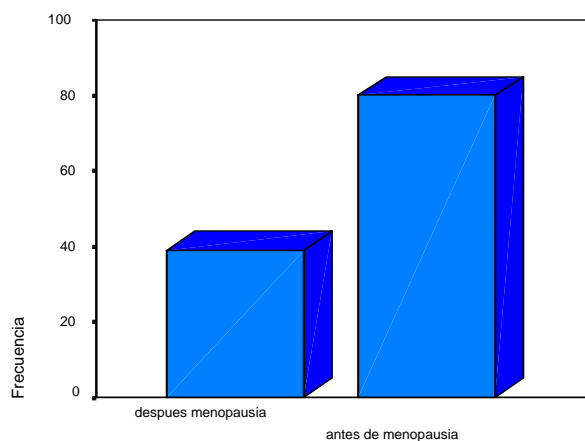


Histerectomía

Grupo Menopausia Provocada

Histerectomizada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	despues menopausia	39	32,8	32,8	32,8
	antes menopausia	80	67,2	67,2	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

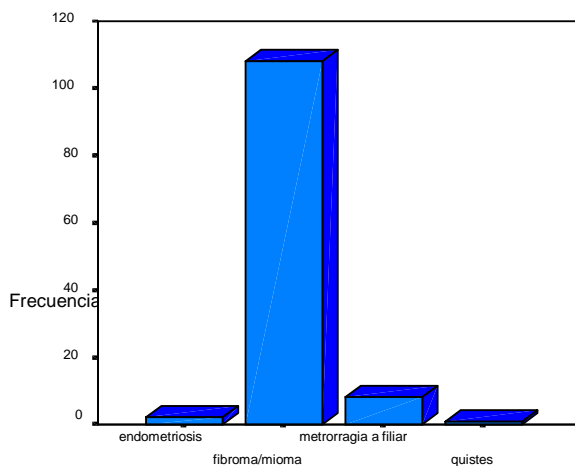


Motivo Histerectomía

Grupo Menopausia Artificial

Motivo de la histerectomía

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	endometriosis	2	1,7	1,7	1,7
	fibroma/mioma	108	90,8	90,8	92,4
	metrorragia a filiar	8	6,7	6,7	99,2
	quistes	1	,8	,8	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

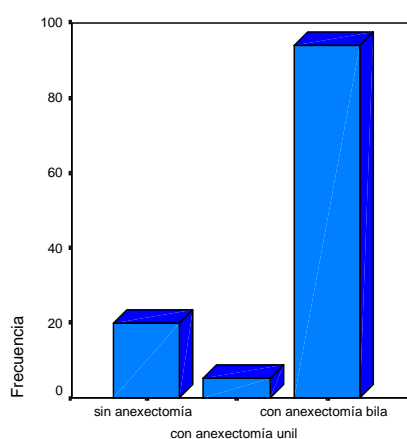


Tipo de Histerectomía

Grupo Menopausia Provocada

Tipo de histerectomía

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	sin anexectomía	20	16,8	16,8	16,8
	con anexectomía unilateral	5	4,2	4,2	21,0
	con anexectomía bilateral	94	79,0	79,0	100,0
	Total	119	100,0	100,0	



Fecha de la histerectomía

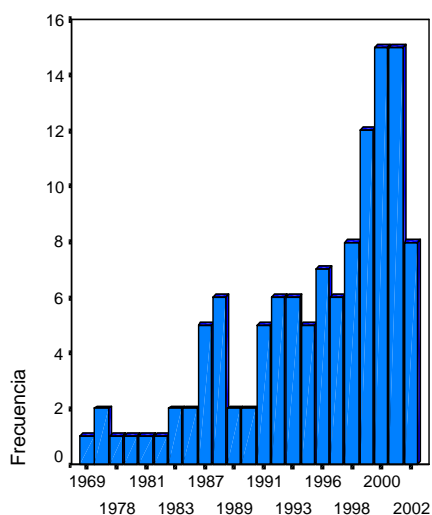
Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos

fecha de la histerectomía

N	Válidos	119
	Perdidos	0
Media		1994,82
Error típ. de la media		,639
Mediana		1997,00
Moda		2000 ^a
Desv. típ.		6,968
Varianza		48,553
Mínimo		1969
Máximo		2002
Suma		237384
Percentiles	25	1991,00
	50	1997,00
	75	2000,00

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

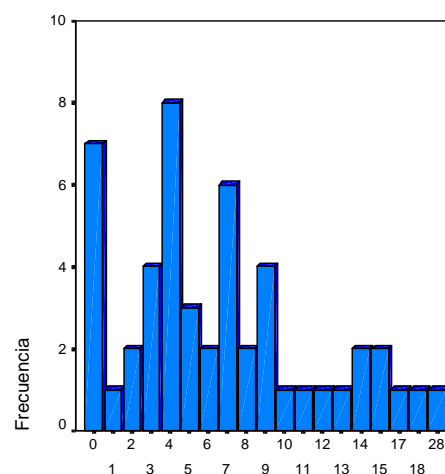


Años Evolución

Grupo Menopausia Natural

Estadísticos

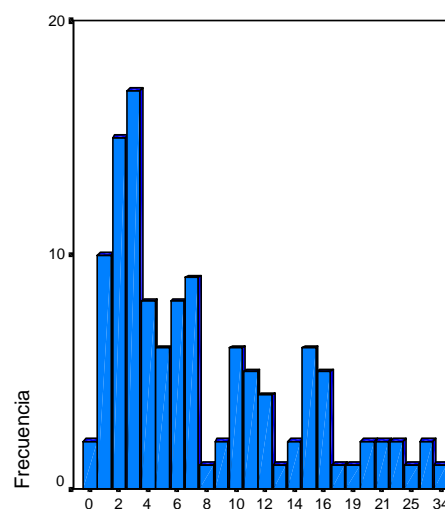
N	Válidos	50
	Perdidos	69
Media		6,74
Error típ. de la media		,800
Mediana		5,50
Moda		4
Desv. típ.		5,656
Varianza		31,992
Mínimo		0
Máximo		28
Suma		337
Percentiles	25	3,00
	50	5,50
	75	9,00



Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos

N	Válidos	119
	Perdidos	0
Media		8,00
Error típ. de la media		,657
Mediana		6,00
Moda		3
Desv. típ.		7,170
Varianza		51,407
Mínimo		0
Máximo		34
Suma		952
Percentiles	25	3,00
	50	6,00
	75	12,00

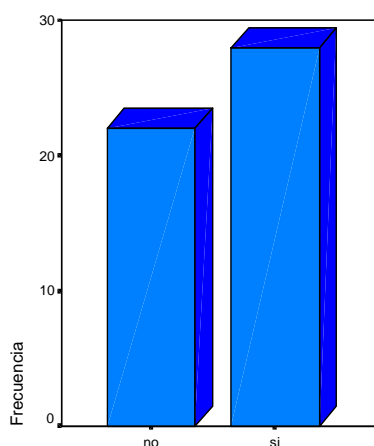


Manifestaciones Vegetativas

Grupo Menopausia Natural

Manifestaciones Vegetativas

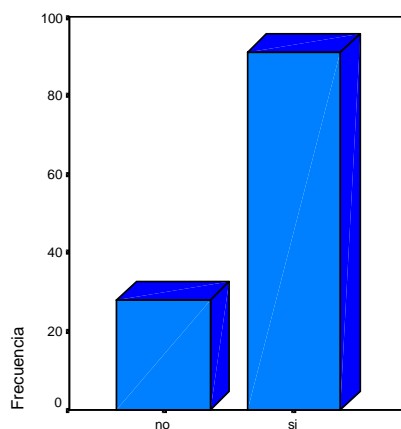
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	22	44,0	44,0	44,0
	si	28	56,0	56,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Manifestaciones vegetativas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	28	23,5	23,5	23,5
	si	91	76,5	76,5	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

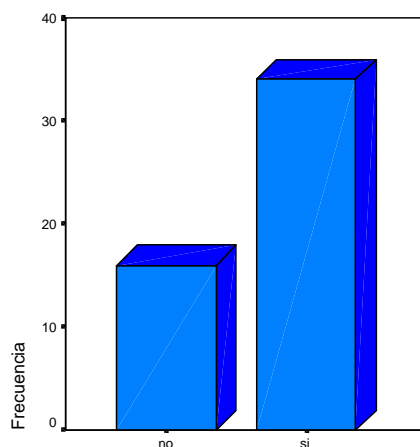


Atrofia Vulvovaginal

Grupo Menopausia Natural

Atrofia Vulvovaginal

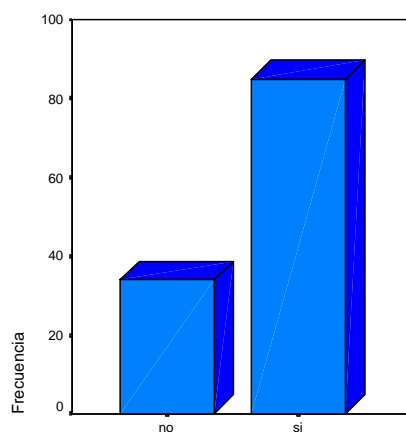
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	16	32,0	32,0	32,0
	si	34	68,0	68,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Atrofia vulvo-vaginal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	34	28,6	28,6	28,6
	si	85	71,4	71,4	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

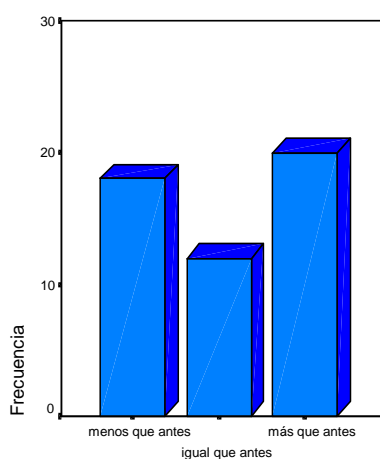


Orgasmos en relación a situación anterior

Grupo Menopausia Natural

Orgasmos en relación anterior

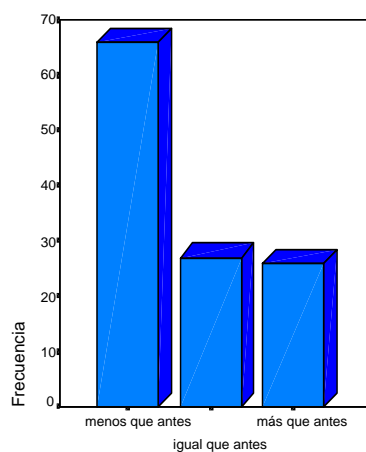
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menos que antes	18	36,0	36,0	36,0
	igual que antes	12	24,0	24,0	60,0
	más que antes	20	40,0	40,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Orgasmos en relación anterior

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menos que antes	66	55,5	55,5	55,5
	igual que antes	27	22,7	22,7	78,2
	más que antes	26	21,8	21,8	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

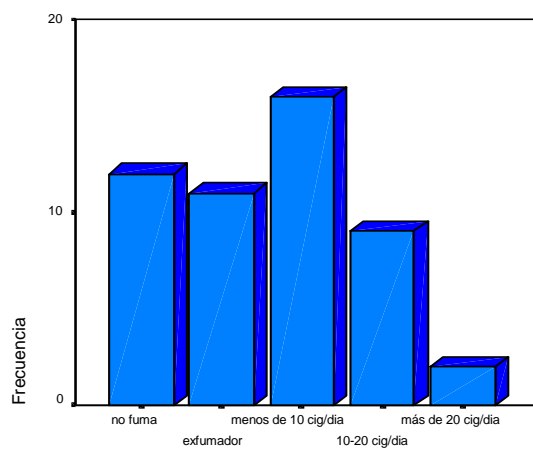


Hábito Tabáquico

Grupo Menopausia Natural

Habito tabaquico

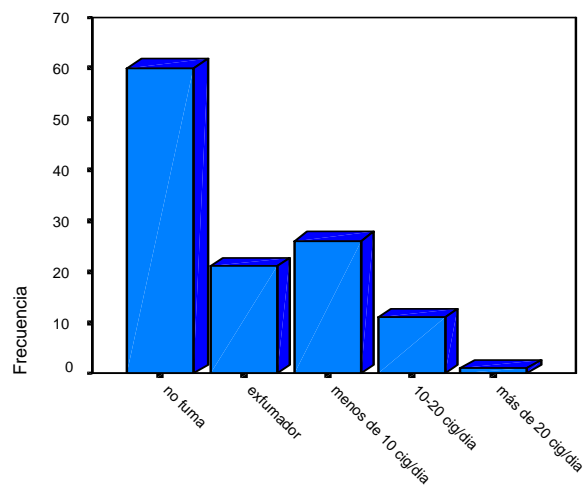
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no fuma	12	24,0	24,0	24,0
	exfumador	11	22,0	22,0	46,0
	menos de 10 cig/día	16	32,0	32,0	78,0
	10-20 cig/día	9	18,0	18,0	96,0
	más de 20 cig/día	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Habito tabaquico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no fuma	60	50,4	50,4	50,4
	exfumador	21	17,6	17,6	68,1
	menos de 10 cig/día	26	21,8	21,8	89,9
	10-20 cig/día	11	9,2	9,2	99,2
	más de 20 cig/día	1	,8	,8	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

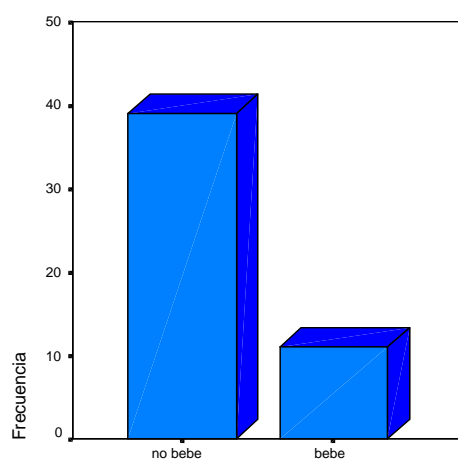


Hábito Alcohólico

Grupo Menopausia Natural

Habitos alcoholicos

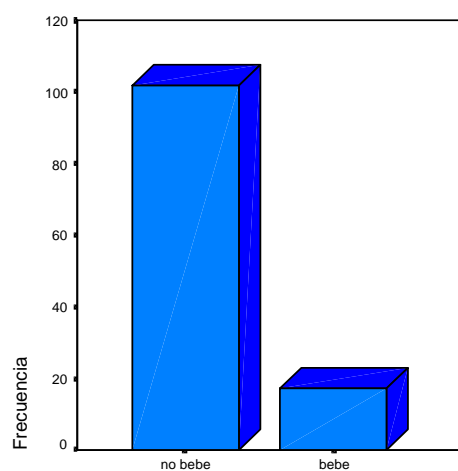
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no bebe	39	78,0	78,0	78,0
	bebe	11	22,0	22,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Habitos alcoholicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no bebe	102	85,7	85,7	85,7
	bebe	17	14,3	14,3	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

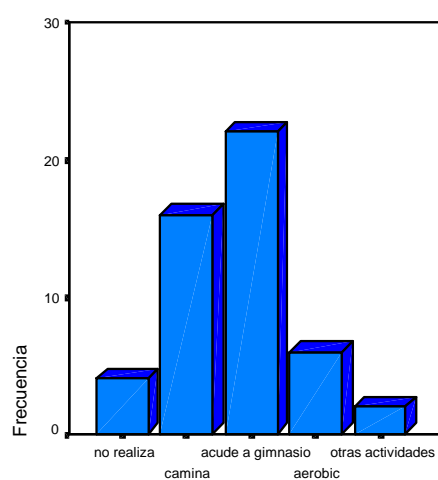


Ejercicio Físico

Grupo Menopausia Natural

Ejercicio físico

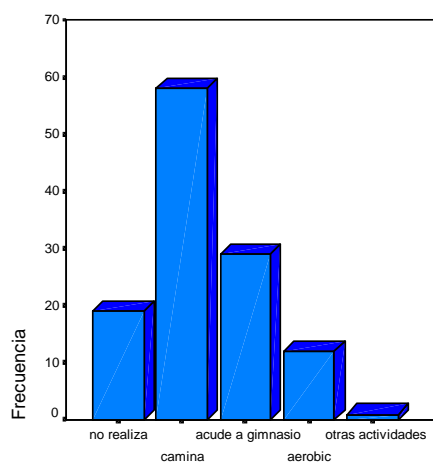
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no realiza	4	8,0	8,0	8,0
	camina	16	32,0	32,0	40,0
	acude a gimnasio	22	44,0	44,0	84,0
	aerobic	6	12,0	12,0	96,0
	otras actividades	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Ejercicio físico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no realiza	19	16,0	16,0	16,0
	camina	58	48,7	48,7	64,7
	acude a gimnasio	29	24,4	24,4	89,1
	aerobic	12	10,1	10,1	99,2
	otras actividades	1	,8	,8	100,0
	Total	119	100,0	100,0	



Peso

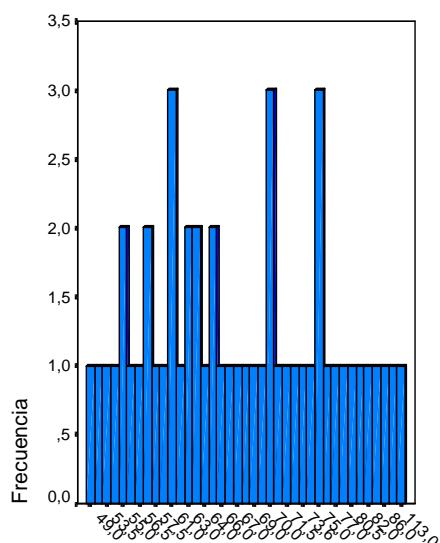
Grupo Menopausia Natural

Estadísticos

peso(kg)

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		68,294
Error típ. de la media		1,6760
Mediana		66,750
Moda		61,0 ^a
Desv. típ.		11,8510
Varianza		140,4459
Mínimo		49,0
Máximo		113,0
Suma		3414,7
Percentiles	25	60,625
	50	66,750
	75	75,000

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.



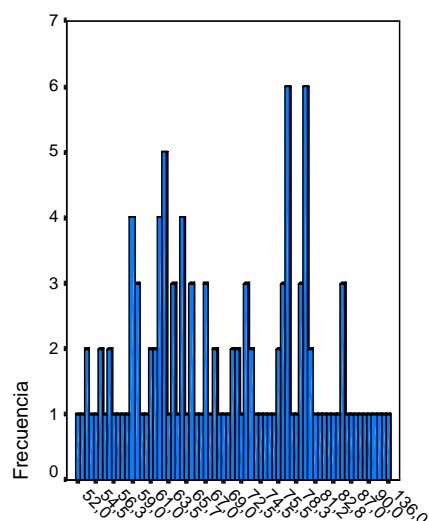
Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos

peso(kg)

N	Válidos	119
	Perdidos	0
Media		70,884
Error típ. de la media		1,1177
Mediana		69,000
Moda		77,0 ^a
Desv. típ.		12,1924
Varianza		148,6537
Mínimo		52,0
Máximo		136,0
Suma		8435,2
Percentiles	25	62,000
	50	69,000
	75	79,000

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.



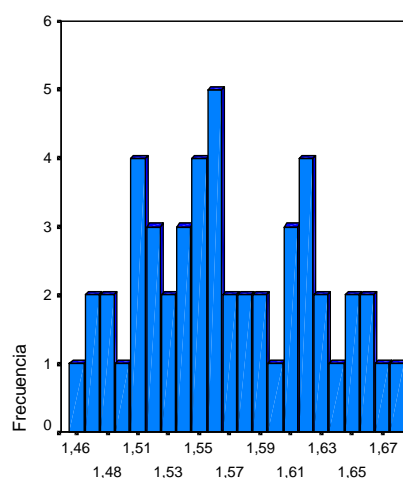
Talla

Grupo Menopausia Natural

Estadísticos

talla(m)

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		1,5684
Error típ. de la media		,00838
Mediana		1,5600
Moda		1,56
Desv. típ.		,05922
Varianza		,00351
Mínimo		1,46
Máximo		1,71
Suma		78,42
Percentiles	25	1,5200
	50	1,5600
	75	1,6200

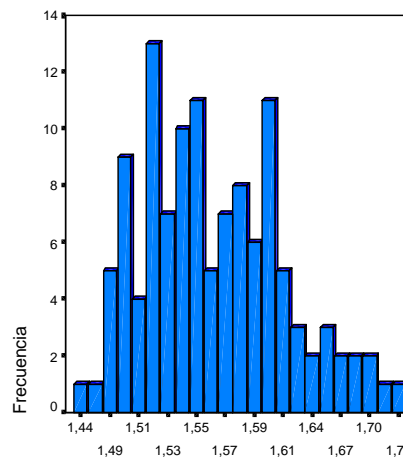


Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos

talla(m)

N	Válidos	119
	Perdidos	0
Media		1,5639
Error típ. de la media		,00502
Mediana		1,5500
Moda		1,52
Desv. típ.		,05477
Varianza		,00300
Mínimo		1,44
Máximo		1,73
Suma		186,10
Percentiles	25	1,5200
	50	1,5500
	75	1,6000



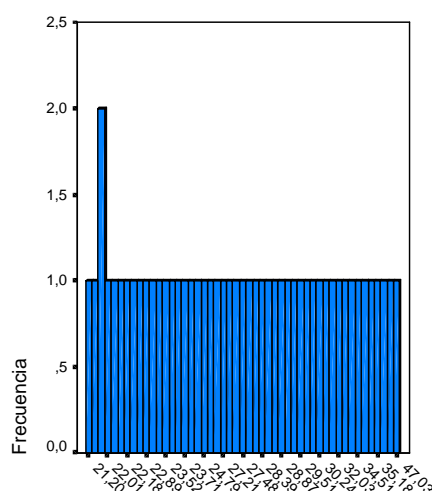
Indice de Masa Corporal

Grupo Menopausia Natural

Estadísticos

índice de masa corporal

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		27,9250
Error típ. de la media		,80638
Mediana		27,4750
Moda		21,71
Desv. típ.		5,70194
Varianza		32,51215
Mínimo		21,20
Máximo		47,03
Suma		1396,25
Percentiles	25	23,4225
	50	27,4750
	75	30,2925

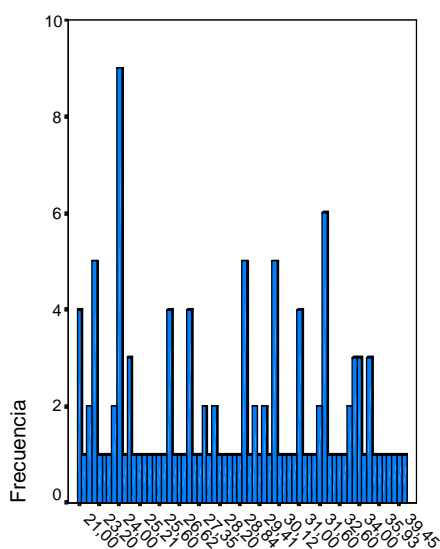


Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos

índice de masa corporal

N	Válidos	119
	Perdidos	0
Media		28,7026
Error típ. de la media		,44615
Mediana		28,8400
Moda		24,00
Desv. típ.		4,86697
Varianza		23,68738
Mínimo		21,00
Máximo		55,96
Suma		3415,61
Percentiles	25	25,0000
	50	28,8400
	75	31,6000

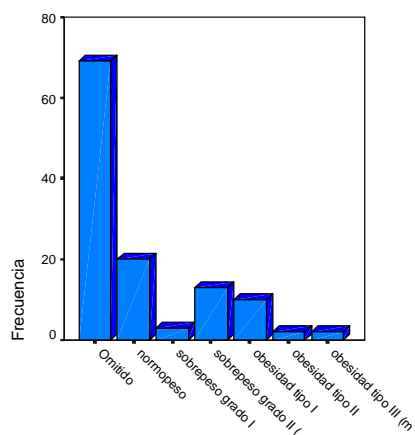


Grado de Obesidad

Grupo Menopausia Natural

grado de obesidad

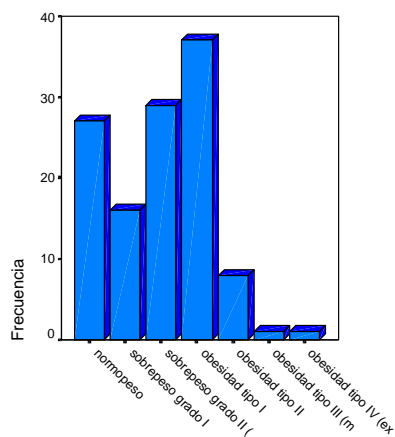
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	normopeso	20	40,0	40,0	40,0
	sobrepeso grado I	3	6,0	6,0	46,0
	sobrepeso grado II (preobesidad)	13	26,0	26,0	72,0
	obesidad tipo I	10	20,0	20,0	92,0
	obesidad tipo II	2	4,0	4,0	96,0
	obesidad tipo III (mórbida)	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

grado de obesidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	normopeso	27	22,7	22,7	22,7
	sobrepeso grado I	16	13,4	13,4	36,1
	sobrepeso grado II (preobesidad)	29	24,4	24,4	60,5
	obesidad tipo I	37	31,1	31,1	91,6
	obesidad tipo II	8	6,7	6,7	98,3
	obesidad tipo III (mórbida)	1	,8	,8	99,2
	obesidad tipo IV (extrema)	1	,8	,8	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

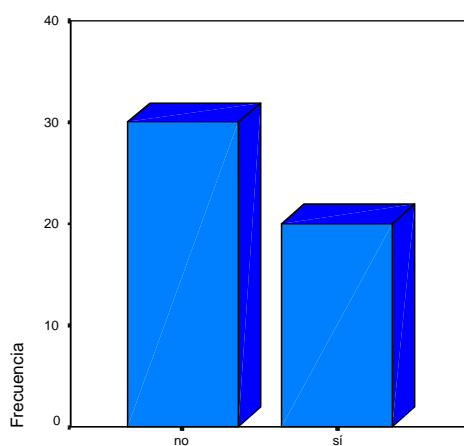


Hipertensión Arterial

Grupo Menopausia Natural

Hipertensión arterial

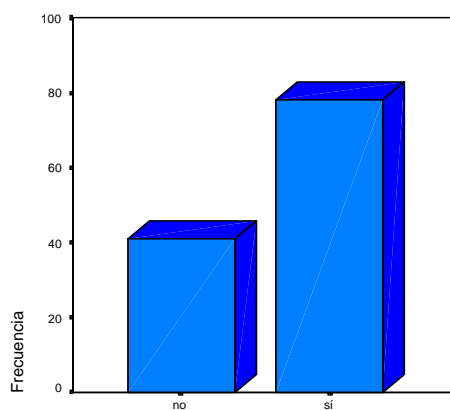
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	30	60,0	60,0	60,0
	sí	20	40,0	40,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Hipertensión arterial

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	41	34,5	34,5	34,5
	sí	78	65,5	65,5	100,0
	Total	119	100,0	100,0	



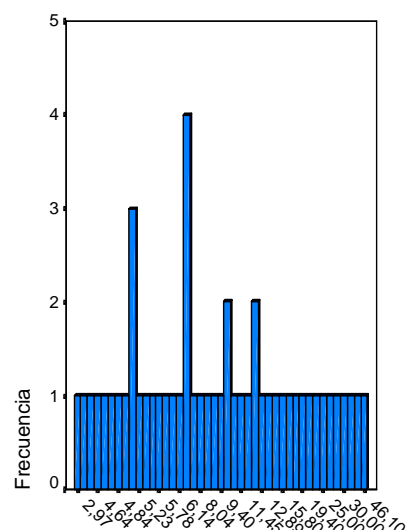
PROLACTINA

Grupo Menopausia Natural

Estadísticos

prolactina

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		12,6106
Error típ. de la media		1,46564
Mediana		8,7250
Moda		6,16
Desv. típ.		10,36367
Varianza		107,40562
Mínimo		2,97
Máximo		46,10
Suma		630,53
Percentiles	25	5,2825
	50	8,7250
	75	16,0950

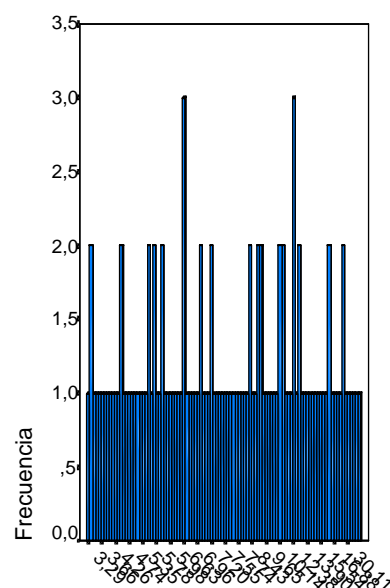


Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos

prolactina

N	Válidos	119
	Perdidos	0
Media		10,5179
Error típ. de la media		,90554
Mediana		7,5500
Moda		6,63 ^a
Desv. típ.		9,87829
Varianza		97,58060
Mínimo		3,29
Máximo		63,98
Suma		1251,63
Percentiles	25	5,7800
	50	7,5500
	75	12,3800



a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

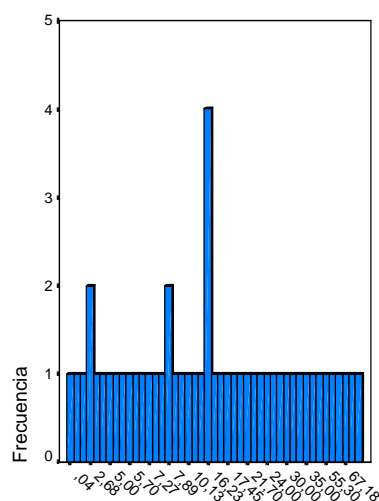
17 β ESTRADIOL

Grupo Menopausia Natural

Estadísticos

17-B-estradiol

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		21,9860
Error típ. de la media		3,29460
Mediana		16,2300
Moda		16,23
Desv. típ.		23,29633
Varianza		542,71895
Mínimo		,04
Máximo		123,83
Suma		1099,30
Percentiles	25	6,9575
	50	16,2300
	75	28,0425

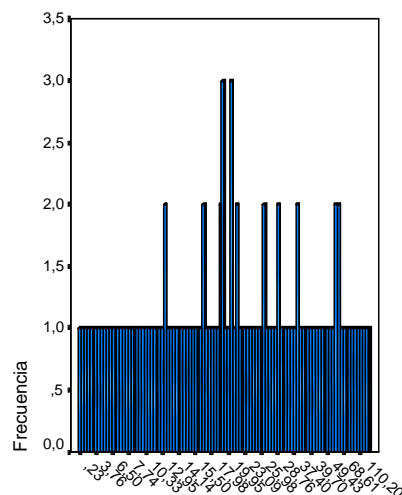


Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos

17-B-estradiol

N	Válidos	119
	Perdidos	0
Media		29,6975
Error típ. de la media		2,94066
Mediana		19,9500
Moda		18,89 ^a
Desv. típ.		32,07885
Varianza		1029,053
Mínimo		,23
Máximo		204,37
Suma		3534,00
Percentiles	25	12,7000
	50	19,9500
	75	37,7400



a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

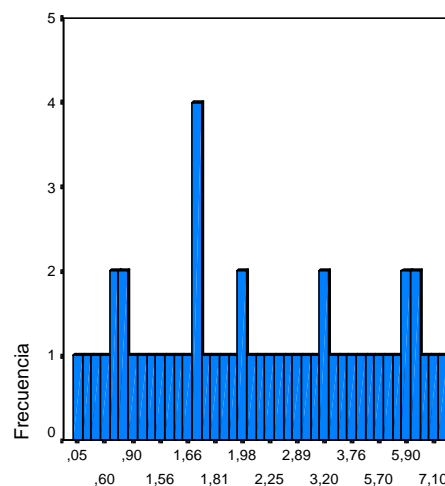
TSH

Grupo Menopausia Natural

Estadísticos

tsh

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		2,9028
Error típ. de la media		,33135
Mediana		1,9850
Moda		1,69
Desv. típ.		2,34301
Varianza		5,48972
Mínimo		,05
Máximo		12,47
Suma		145,14
Percentiles	25	1,5750
	50	1,9850
	75	3,7950

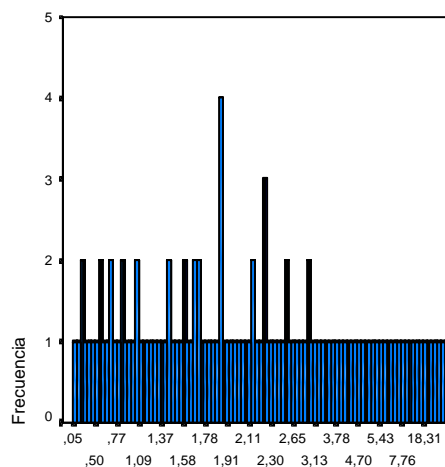


Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos

tsh

N	Válidos	119
	Perdidos	0
Media		4,1921
Error típ. de la media		,68428
Mediana		2,0700
Moda		1,85
Desv. típ.		7,46460
Varianza		55,72021
Mínimo		,05
Máximo		58,08
Suma		498,86
Percentiles	25	1,3700
	50	2,0700
	75	3,7800



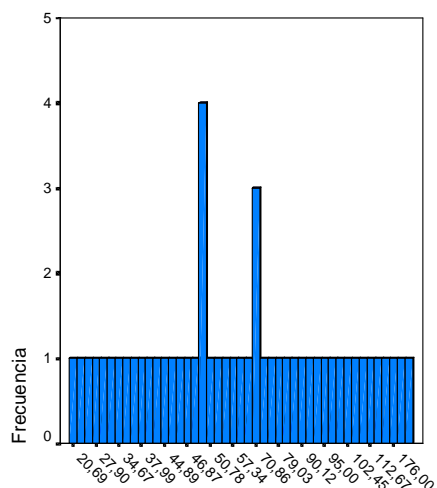
FSH

Grupo Menopausia Natural

Estadísticos

fsh

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		72,9342
Error típ. de la media		6,02348
Mediana		61,9500
Moda		48,01
Desv. típ.		42,59246
Varianza		1814,117
Mínimo		20,69
Máximo		198,00
Suma		3646,71
Percentiles	25	44,1100
	50	61,9500
	75	93,8900

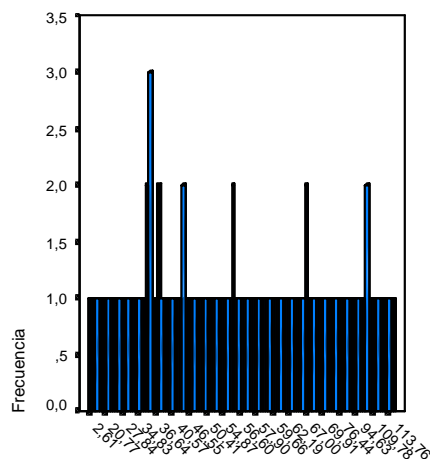


Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos

fsh

N	Válidos	119
	Perdidos	0
Media		57,8863
Error típ. de la media		2,46055
Mediana		56,2200
Moda		36,11
Desv. típ.		26,84146
Varianza		720,46379
Mínimo		2,61
Máximo		128,90
Suma		6888,47
Percentiles	25	37,3700
	50	56,2200
	75	69,5400



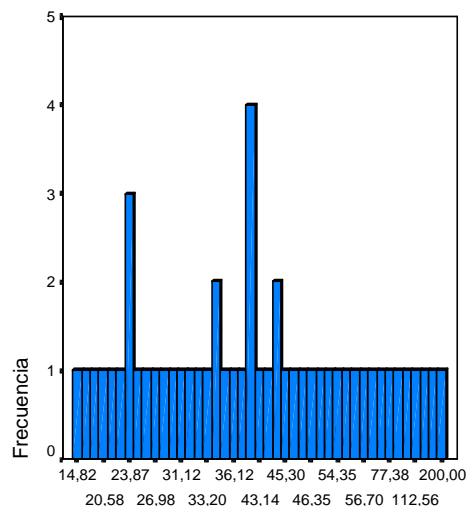
LH

Grupo Menopausia Natural

Estadísticos

lh

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		48,9364
Error típ. de la media		4,98253
Mediana		39,9300
Moda		39,93
Desv. típ.		35,23184
Varianza		1241,283
Mínimo		14,82
Máximo		200,00
Suma		2446,82
Percentiles	25	27,1600
	50	39,9300
	75	54,4300

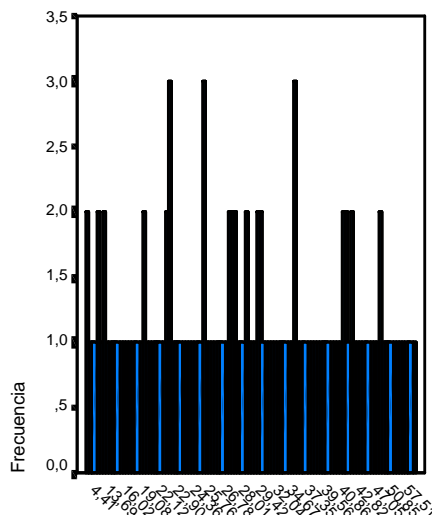


Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos

lh

N	Válidos	119
	Perdidos	0
Media		31,3420
Error típ. de la media		1,23462
Mediana		28,7400
Moda		22,90 ^a
Desv. típ.		13,46813
Varianza		181,3906
Mínimo		4,41
Máximo		79,40
Suma		3729,70
Percentiles	25	22,8000
	50	28,7400
	75	40,5900



a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

HIERRO

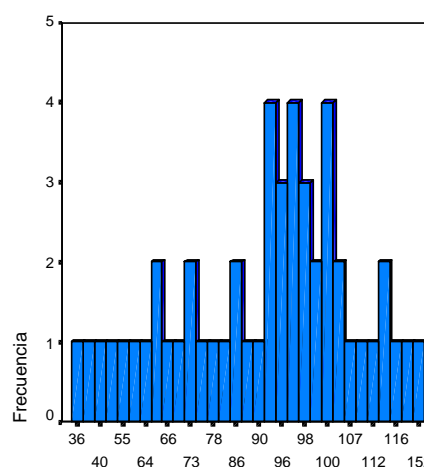
Grupo Menopausia Natural

Estadísticos

hierro

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		89,18
Error típ. de la media		3,377
Mediana		96,00
Moda		95 ^a
Desv. típ.		23,880
Varianza		570,232
Mínimo		36
Máximo		152
Suma		4459
Percentiles	25	73,00
	50	96,00
	75	100,00

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de valores.

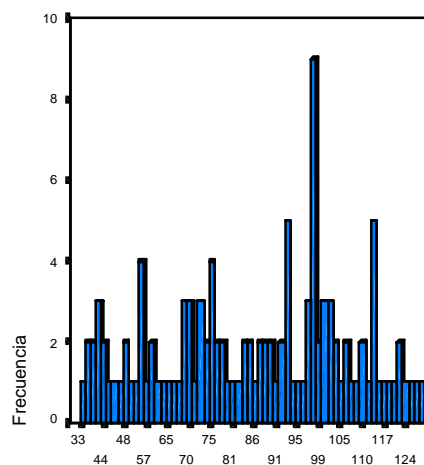


Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos

hierro

N	Válidos	119
	Perdidos	0
Media		84,31
Error típ. de la media		2,321
Mediana		89,00
Moda		98
Desv. típ.		25,322
Varianza		641,216
Mínimo		33
Máximo		160
Suma		10033
Percentiles	25	69,00
	50	89,00
	75	100,00



GLUCEMIA

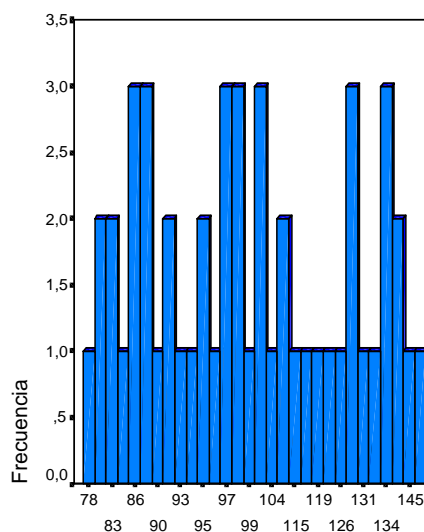
Grupo Menopausia Natural

Estadísticos

glucemia basal

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		107,40
Error típ. de la media		3,736
Mediana		98,00
Moda		86 ^a
Desv. típ.		26,417
Varianza		697,878
Mínimo		78
Máximo		237
Suma		5370
Percentiles	25	89,75
	50	98,00
	75	126,25

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

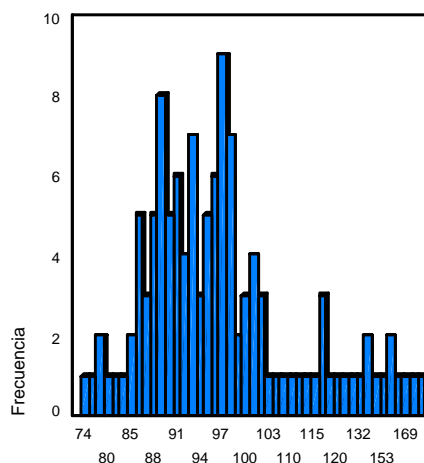


Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos

glucemia basal

N	Válidos	119
	Perdidos	0
Media		100,52
Error típ. de la media		1,808
Mediana		95,00
Moda		97
Desv. típ.		19,719
Varianza		388,845
Mínimo		74
Máximo		180
Suma		11962
Percentiles	25	89,00
	50	95,00
	75	101,00



GOT

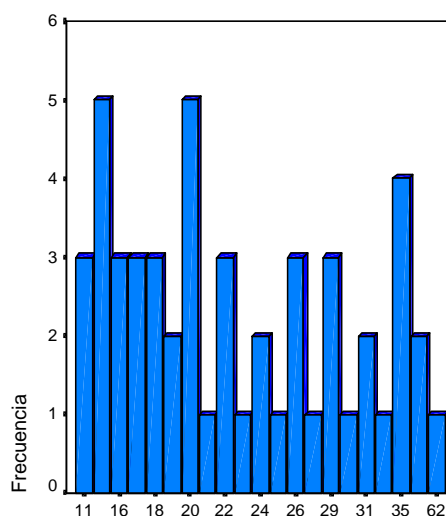
Grupo Menopausia Natural

Estadísticos

got

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		23,52
Error típ. de la media		1,291
Mediana		21,50
Moda		15 ^a
Desv. típ.		9,130
Varianza		83,357
Mínimo		11
Máximo		62
Suma		1176
Percentiles	25	17,00
	50	21,50
	75	29,00

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.



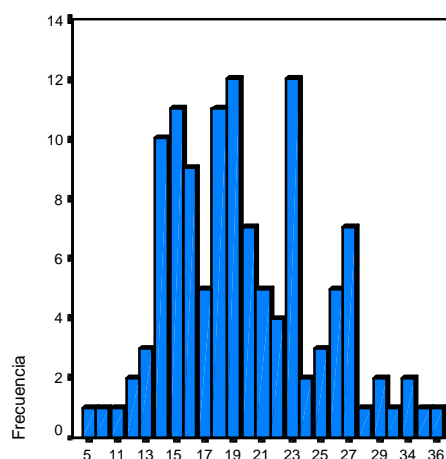
Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos

got

N	Válidos	119
	Perdidos	0
Media		19,78
Error típ. de la media		,502
Mediana		19,00
Moda		19 ^a
Desv. típ.		5,473
Varianza		29,952
Mínimo		5
Máximo		36
Suma		2354
Percentiles	25	16,00
	50	19,00
	75	23,00

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.



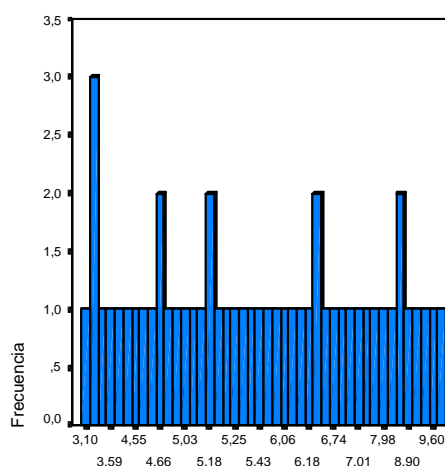
LEUCOCITOS

Grupo Menopausia Natural

Estadísticos

leucocitos

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		5,9504
Error típ. de la media		,25866
Mediana		5,3750
Moda		3,49
Desv. típ.		1,82900
Varianza		3,34525
Mínimo		3,10
Máximo		10,92
Suma		297,52
Percentiles	25	4,6600
	50	5,3750
	75	6,9875

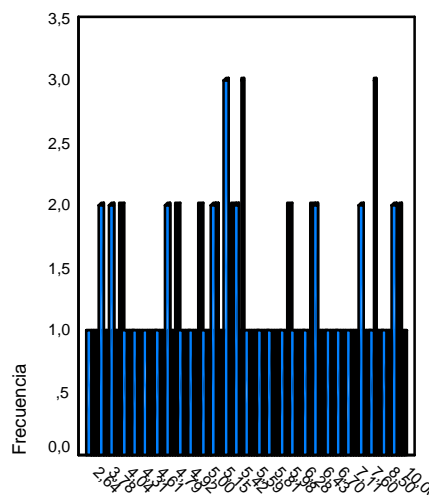


Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos

leucocitos

N	Válidos	119
	Perdidos	0
Media		5,7964
Error típ. de la media		,14293
Mediana		5,5200
Moda		5,26 ^a
Desv. típ.		1,55917
Varianza		2,43100
Mínimo		2,64
Máximo		10,56
Suma		689,77
Percentiles	25	4,7900
	50	5,5200
	75	6,5100



a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

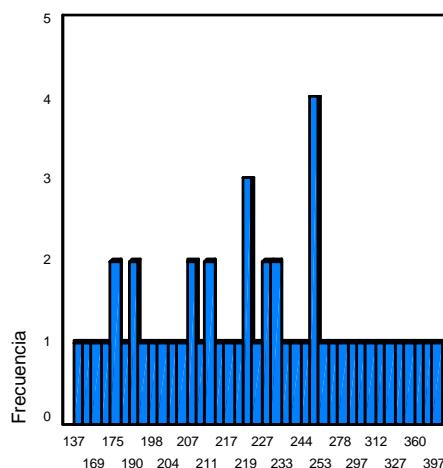
PLAQUETAS

Grupo Menopausia Natural

Estadísticos

plaquetas

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		236,72
Error típ. de la media		8,122
Mediana		221,00
Moda		245
Desv. típ.		57,428
Varianza		3298,002
Mínimo		137
Máximo		397
Suma		11836
Percentiles	25	202,75
	50	221,00
	75	257,00

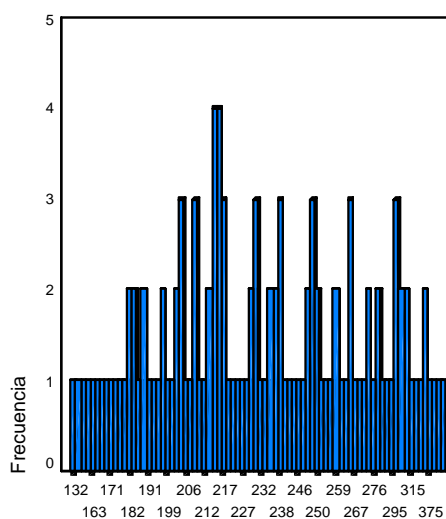


Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos

plaquetas

N	Válidos	119
	Perdidos	0
Media		237,99
Error típ. de la media		4,940
Mediana		231,00
Moda		214 ^a
Desv. típ.		53,886
Varianza		2903,737
Mínimo		132
Máximo		431
Suma		28321
Percentiles	25	205,00
	50	231,00
	75	266,00



a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

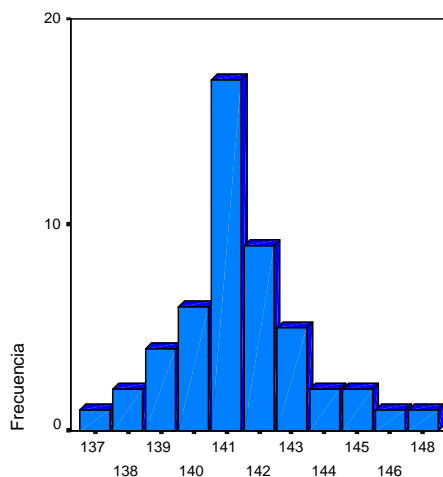
SODIO

Grupo Menopausia Natural

Estadísticos

sodio

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		141,42
Error típ. de la media		,286
Mediana		141,00
Moda		141
Desv. típ.		2,021
Varianza		4,085
Mínimo		137
Máximo		148
Suma		7071
Percentiles	25	140,00
	50	141,00
	75	142,00

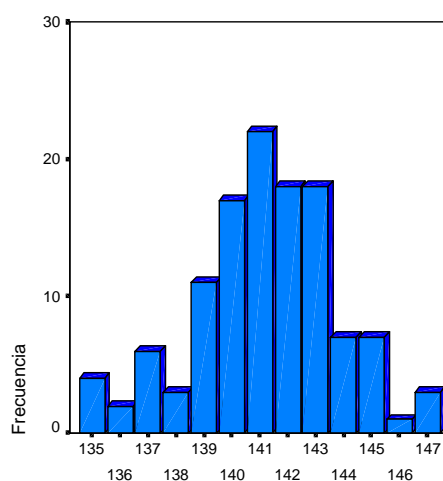


Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos

sodio

N	Válidos	119
	Perdidos	0
Media		141,17
Error típ. de la media		,235
Mediana		141,00
Moda		141
Desv. típ.		2,559
Varianza		6,548
Mínimo		135
Máximo		147
Suma		16799
Percentiles	25	140,00
	50	141,00
	75	143,00



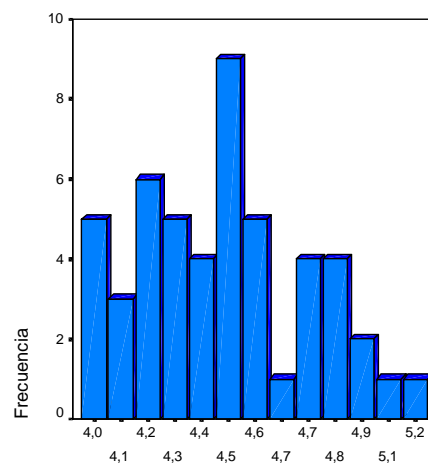
POTASIO

Grupo Menopausia Natural

Estadísticos

potasio

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		4,457
Error típ. de la media		,0413
Mediana		4,500
Moda		4,5
Desv. típ.		,2921
Varianza		,0853
Mínimo		4,0
Máximo		5,2
Suma		222,9
Percentiles	25	4,200
	50	4,500
	75	4,663

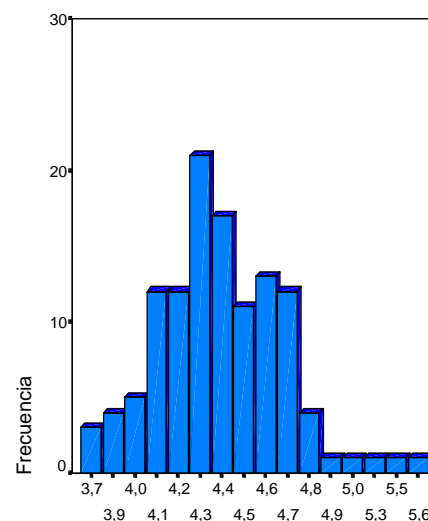


Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos

potasio

N	Válidos	119
	Perdidos	0
Media		4,392
Error típ. de la media		,0286
Mediana		4,400
Moda		4,3
Desv. típ.		,3115
Varianza		,0970
Mínimo		3,7
Máximo		5,6
Suma		522,6
Percentiles	25	4,200
	50	4,400
	75	4,600



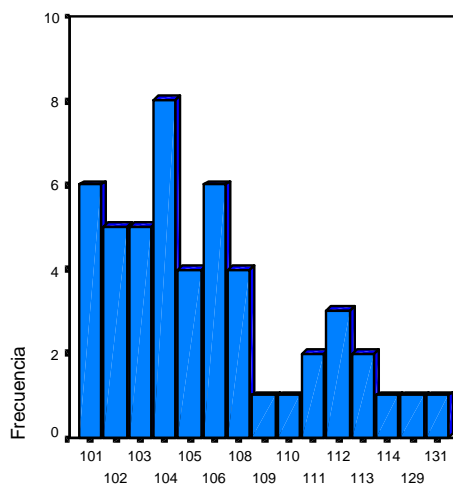
COLORO

Grupo Menopausia Natural

Estadísticos

cloro

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		106,56
Error típ. de la media		,860
Mediana		105,00
Moda		104
Desv. típ.		6,078
Varianza		36,945
Mínimo		101
Máximo		131
Suma		5328
Percentiles	25	103,00
	50	105,00
	75	108,25



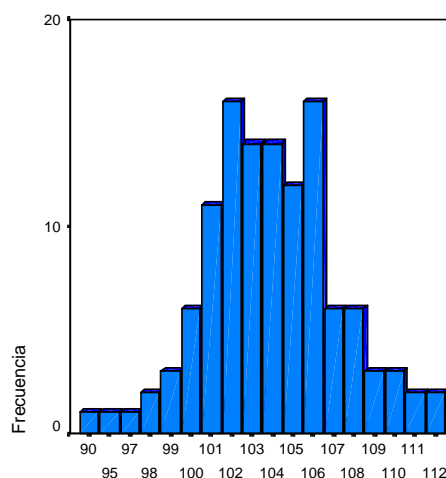
Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos

cloro

N	Válidos	119
	Perdidos	0
Media		103,91
Error típ. de la media		,313
Mediana		104,00
Moda		102 ^a
Desv. típ.		3,420
Varianza		11,695
Mínimo		90
Máximo		112
Suma		12365
Percentiles	25	102,00
	50	104,00
	75	106,00

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.



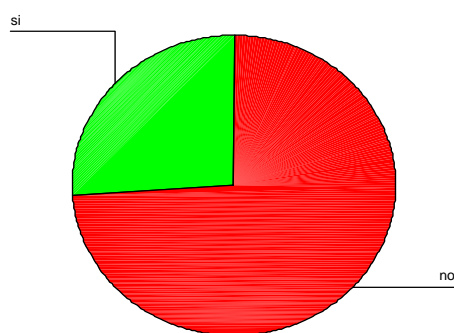
DIETA

Grupo Menopausia Natural

Dieta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	37	74,0	74,0	74,0
	si	13	26,0	26,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

dieta

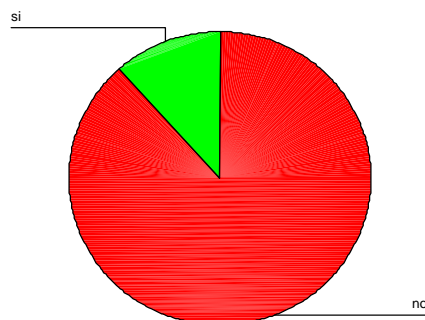


Grupo Menopausia Artificial

Dieta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	105	88,2	88,2	88,2
	si	14	11,8	11,8	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

dieta

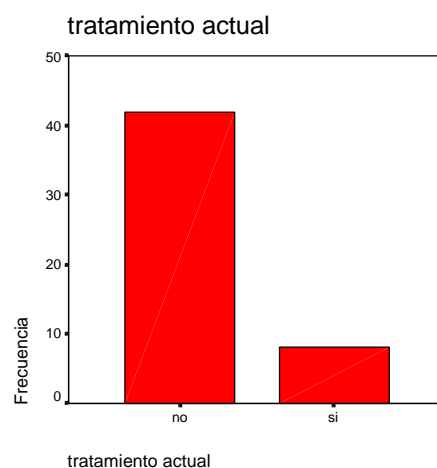


Tratamiento Actual

Grupo Menopausia Natural

Tratamiento actual

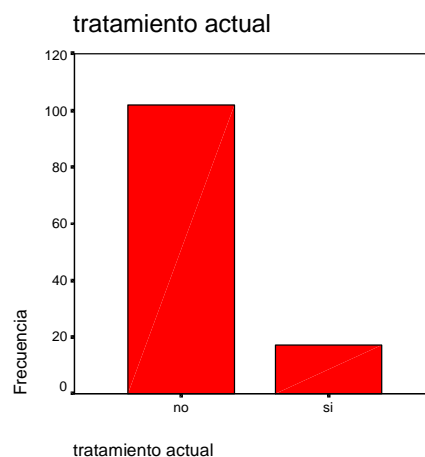
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	42	84,0	84,0	84,0
	si	8	16,0	16,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Tratamiento actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	102	85,7	85,7	85,7
	si	17	14,3	14,3	100,0
	Total	119	100,0	100,0	



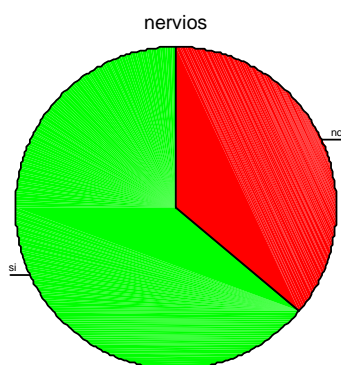
SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG

¿Se ha sentido muy excitado, nervioso, o en tensión?

Grupo Menopausia Natural

Nervios

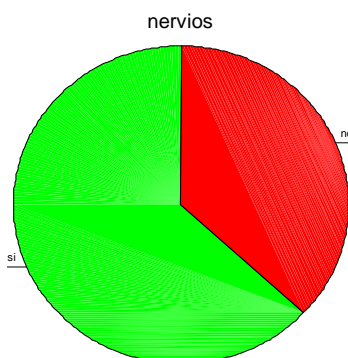
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	18	36,0	36,0	36,0
	si	32	64,0	64,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Nervios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	44	37,0	37,0	37,0
	si	75	63,0	63,0	100,0
	Total	119	100,0	100,0	



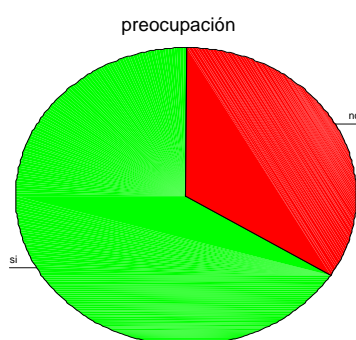
SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG

¿Ha estado muy preocupado por algo?

Grupo Menopausia Natural

Preocupación

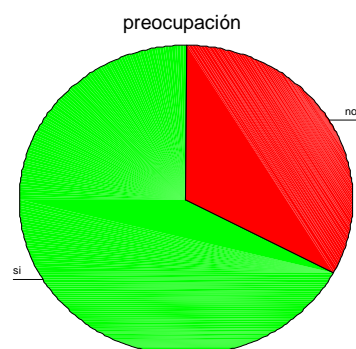
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	17	34,0	34,0	34,0
	si	33	66,0	66,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Preocupación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	39	32,8	32,8	32,8
	si	80	67,2	67,2	100,0
	Total	119	100,0	100,0	



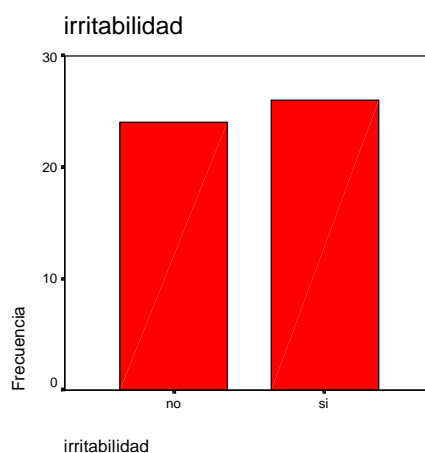
SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG

¿Se ha sentido muy irritable?

Grupo Menopausia Natural

Irritabilidad

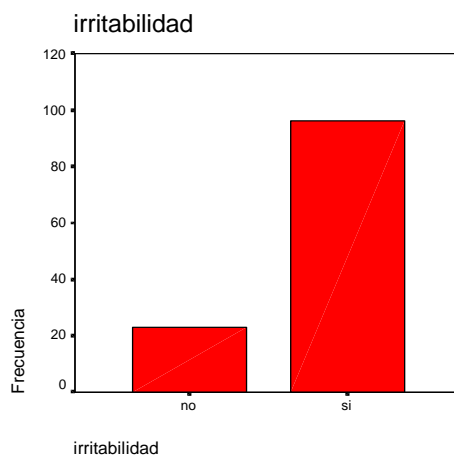
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	24	48,0	48,0	48,0
	si	26	52,0	52,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Irritabilidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	23	19,3	19,3	19,3
	si	96	80,7	80,7	100,0
	Total	119	100,0	100,0	



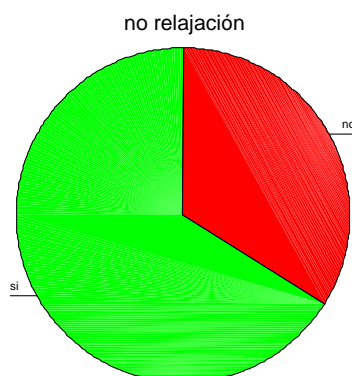
SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG

¿Ha tenido dificultad para relajarse?

Grupo Menopausia Natural

No relajación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	17	34,0	34,0	34,0
	si	33	66,0	66,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

No relajación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	25	21,0	21,0	21,0
	si	94	79,0	79,0	100,0
	Total	119	100,0	100,0	



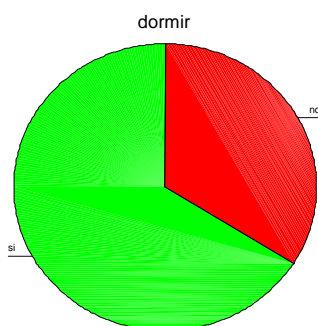
SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG

¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?

Grupo Menopausia Natural

dormir

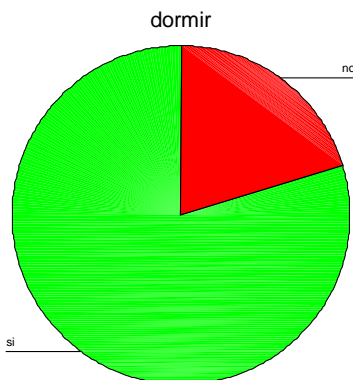
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	17	34,0	34,0	34,0
	si	33	66,0	66,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Dormir

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	24	20,2	20,2	20,2
	si	95	79,8	79,8	100,0
	Total	119	100,0	100,0	



SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG

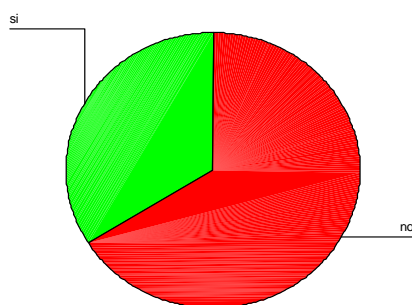
¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?

Grupo Menopausia Natural

Dolor de cabeza

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	33	66,0	66,0	66,0
	si	17	34,0	34,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

dolor de cabeza

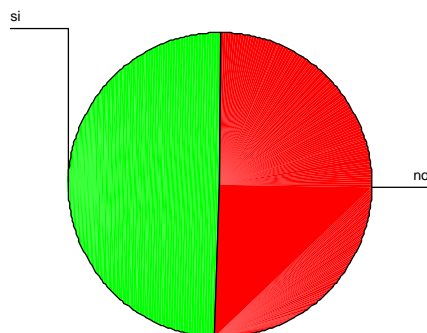


Grupo Menopausia Artificial

Dolor de cabeza

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	60	50,4	50,4	50,4
	si	59	49,6	49,6	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

dolor de cabeza

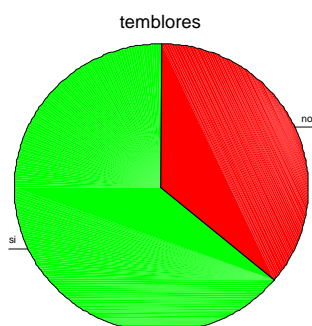


SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG

¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas vegetativos?

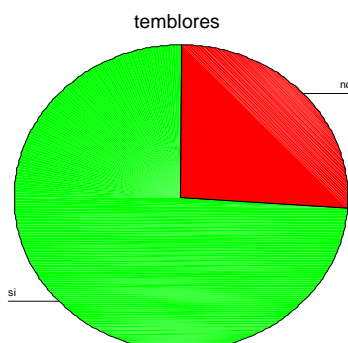
Grupo Menopausia Natural

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	18	36,0	36,0	36,0
	si	32	64,0	64,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	31	26,1	26,1	26,1
	si	88	73,9	73,9	100,0
	Total	119	100,0	100,0	



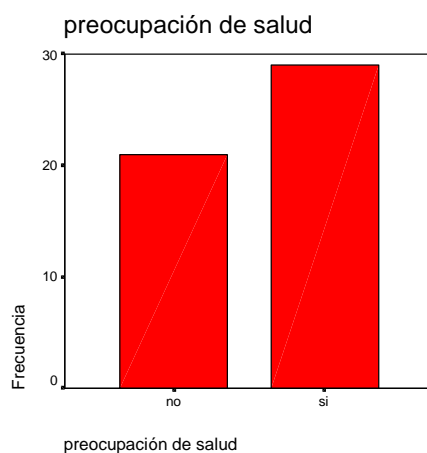
SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG

¿Ha estado preocupado por su salud?

Grupo Menopausia Natural

Preocupación de salud

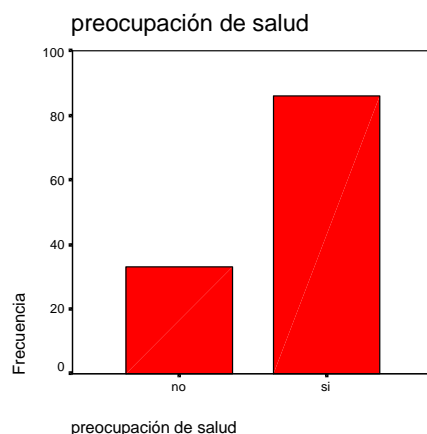
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	21	42,0	42,0	42,0
	si	29	58,0	58,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

preocupación de salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	33	27,7	27,7	27,7
	si	86	72,3	72,3	100,0
	Total	119	100,0	100,0	



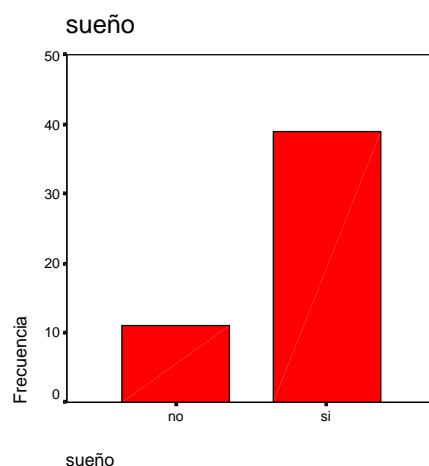
SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG

¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

Grupo Menopausia Natural

Sueño

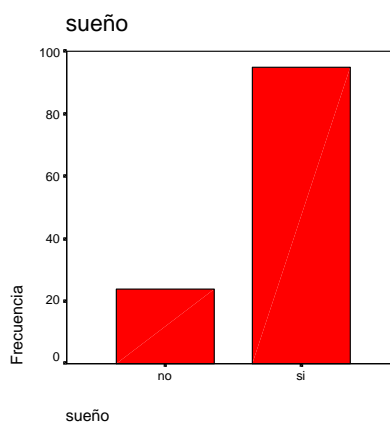
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	11	22,0	22,0	22,0
	si	39	78,0	78,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

sueño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	24	20,2	20,2	20,2
	si	95	79,8	79,8	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

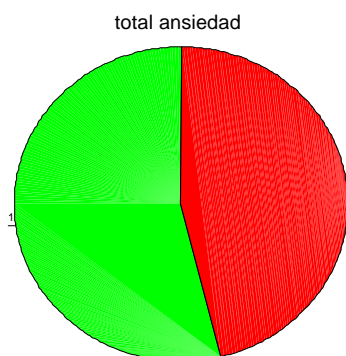


SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG TEST +

Grupo Menopausia Natural

Total Ansiedad

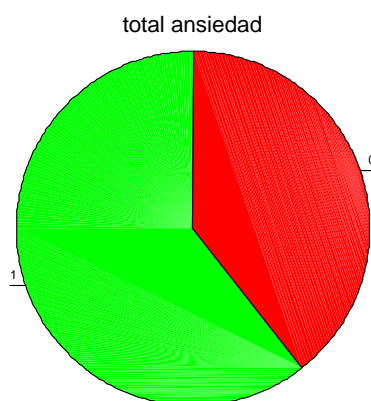
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	23	46,0	46,0	46,0
	1	27	54,0	54,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Total ansiedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	47	39,5	39,5	39,5
	1	72	60,5	60,5	100,0
	Total	119	100,0	100,0	



SUBESCALA DE DEPRESIÓN DE GOLDBERG

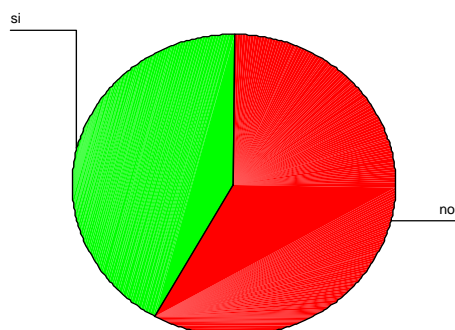
¿Se ha sentido con poca energía?

Grupo Menopausia Natural

Poca energia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	29	58,0	58,0	58,0
	si	21	42,0	42,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

poca energia

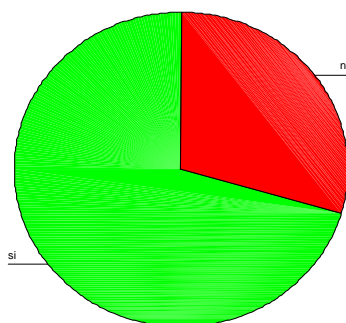


Grupo Menopausia Artificial

Poca energia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	35	29,4	29,4	29,4
	si	84	70,6	70,6	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

poca energia



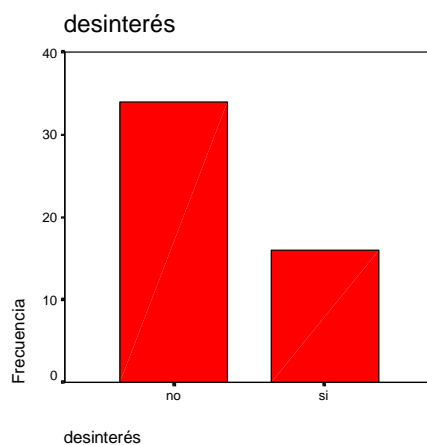
SUBESCALA DE DEPRESIÓN DE GOLDBERG

¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?

Grupo Menopausia Natural

Desinterés

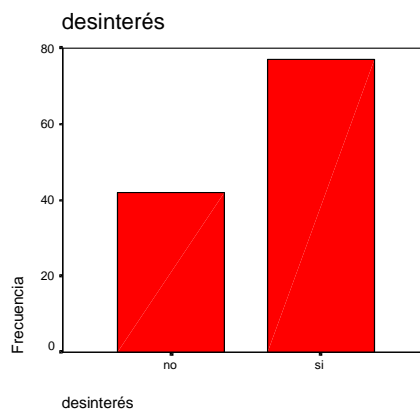
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	34	68,0	68,0	68,0
	si	16	32,0	32,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Desinterés

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	42	35,3	35,3	35,3
	si	77	64,7	64,7	100,0
	Total	119	100,0	100,0	



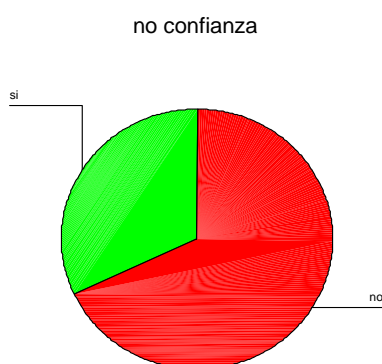
SUBESCALA DE DEPRESIÓN DE GOLDBERG

¿Ha perdido la confianza en sí mismo?

Grupo Menopausia Natural

No confianza

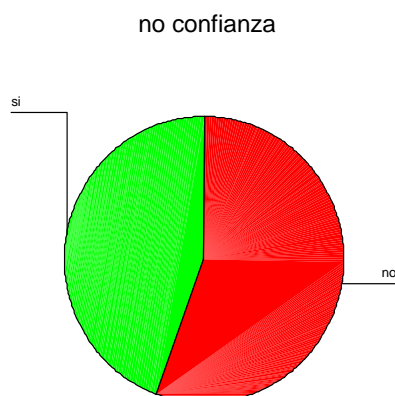
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	34	68,0	68,0	68,0
	si	16	32,0	32,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

No confianza

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	66	55,5	55,5	55,5
	si	53	44,5	44,5	100,0
	Total	119	100,0	100,0	



SUBESCALA DE DEPRESIÓN DE GOLDBERG

¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?

Grupo Menopausia Natural

No esperanzas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	50	100,0	100,0	100,0



Grupo Menopausia Artificial

No esperanzas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	78	65,5	65,5	65,5
	si	41	34,5	34,5	100,0
	Total	119	100,0	100,0	



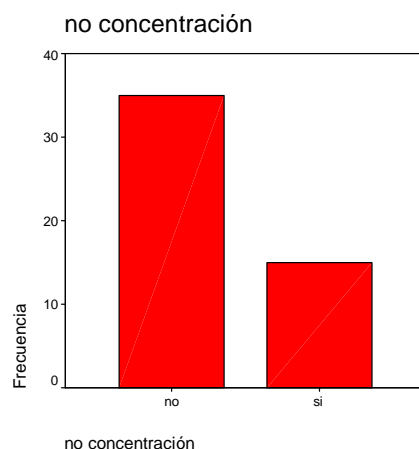
SUBESCALA DE DEPRESIÓN DE GOLDBERG

¿Ha tenido dificultades para concentrarse?

Grupo Menopausia Natural

No concentración

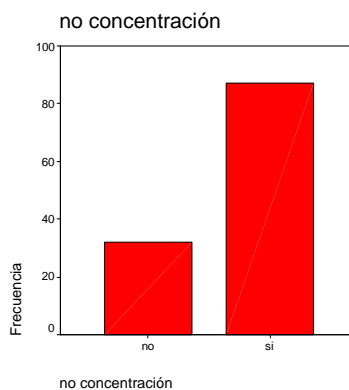
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	35	70,0	70,0	70,0
	si	15	30,0	30,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

No concentración

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	32	26,9	26,9	26,9
	si	87	73,1	73,1	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

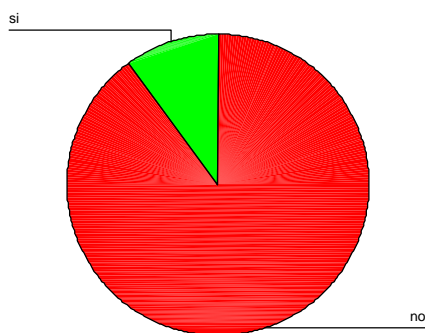


SUBESCALA DE DEPRESIÓN DE GOLDBERG

¿Ha perdido peso?

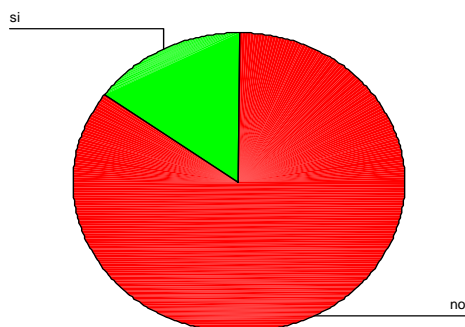
Grupo Menopausia Natural

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	45	90,0	90,0	90,0
	si	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	101	84,9	84,9	84,9
	si	18	15,1	15,1	100,0
	Total	119	100,0	100,0	



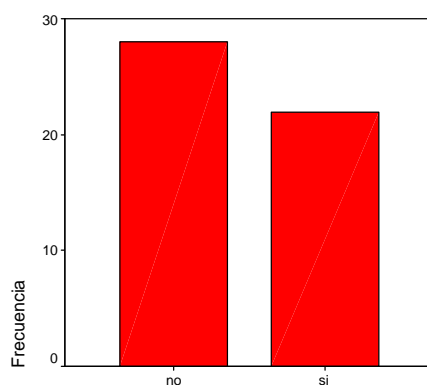
SUBESCALA DE DEPRESIÓN DE GOLDBERG

¿Se ha estado despertando demasiado temprano?

Grupo Menopausia Natural

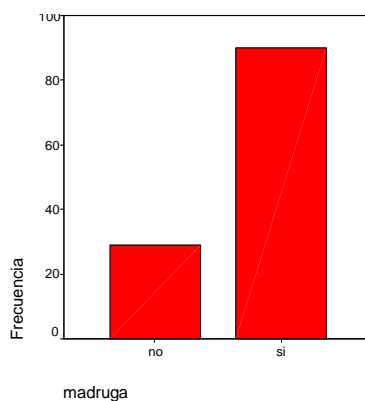
Madrugá

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	28	56,0	56,0	56,0
	si	22	44,0	44,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	29	24,4	24,4	24,4
	si	90	75,6	75,6	100,0
	Total	119	100,0	100,0	



SUBESCALA DE DEPRESIÓN DE GOLDBERG

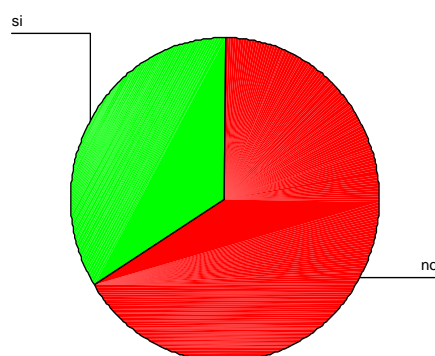
¿Se ha sentido Vd. enlentecido?

Grupo Menopausia Natural

Enlentecimiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	33	66,0	66,0	66,0
	si	17	34,0	34,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

enlentecimiento

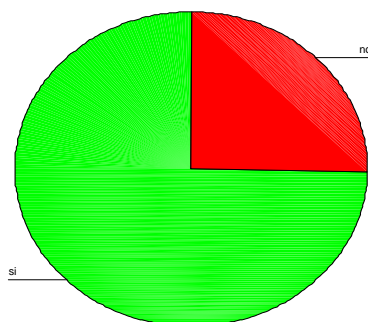


Grupo Menopausia Artificial

Enlentecimiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	30	25,2	25,2	25,2
	si	89	74,8	74,8	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

enlentecimiento

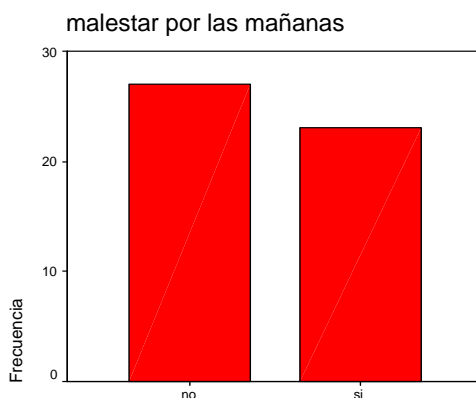


SUBESCALA DE DEPRESIÓN DE GOLDBERG

¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse mal por las mañanas? (Grupo Menopausia Natural)

Malestar por las mañanas

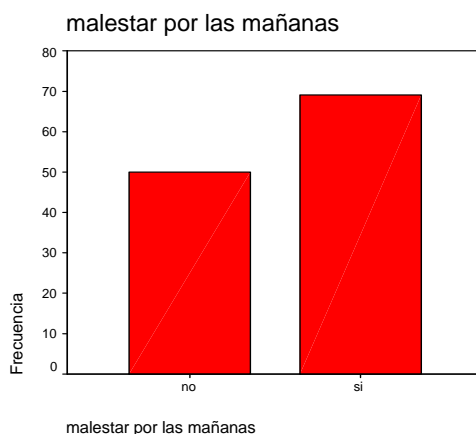
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	27	54,0	54,0	54,0
	si	23	46,0	46,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Malestar por las mañanas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	50	42,0	42,0	42,0
	si	69	58,0	58,0	100,0
	Total	119	100,0	100,0	

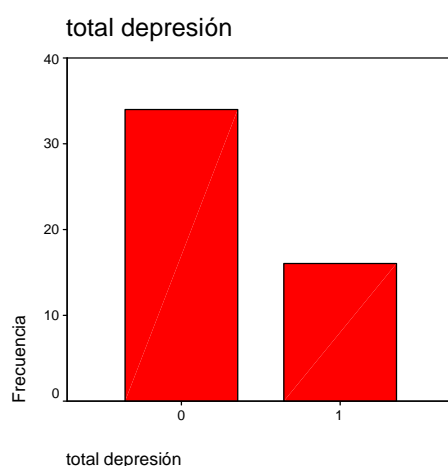


SUBESCALA DE DEPRESIÓN DE GOLDBERG TEST +

Grupo Menopausia Natural

Total Depresión

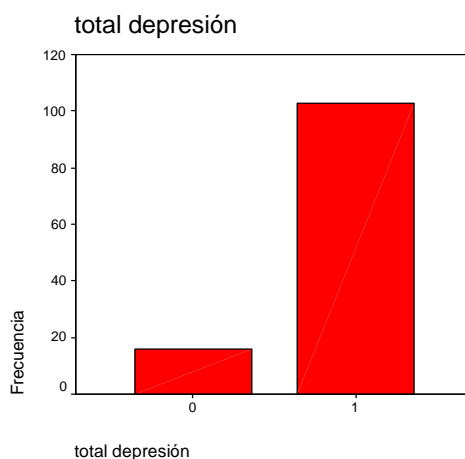
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	34	68,0	68,0	68,0
	1	16	32,0	32,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Grupo Menopausia Artificial

Total depresión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	16	13,4	13,4	13,4
	1	103	86,6	86,6	100,0
	Total	119	100,0	100,0	



ANÁLISIS ESTADÍSTICO II

RELACIONES DE VARIABLES

Edad

(Ambos Grupos)

Correlaciones

	Correlación	Sig.
Relación de la edad en los dos grupos	,065	,653

Correlaciones

		edad	edad
Correlación de Pearson	edad	1,000	,065
	edad	,065	1,000
Sig. (unilateral)	edad	,	,327
	edad	,327	,
N	edad	50	119
	edad	119	50

Orgasmos en relación a la situación anterior

(Ambos Grupos)

Estadísticos de contraste

	orgasmos en relación anterior (menos que antes)	orgasmos en relación anterior (menos que antes)
Chi-cuadrado ^{a,b}	13,520	130,370
gl	2	2
Sig. asintót.	,001	,000

a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,3.

b. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 19,8.

Hábito Tabáquico

(Ambos Grupos)

Estadísticos de contraste

	TABACO	TABACO
Chi cuadrado	28,945	15,634
gl	1	1
Sig. asintót.	,000	,000

a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 39,7.

Ejercicio Físico

(Ambos Grupos)

Estadísticos de contraste

	Menopausia	Menopausia
Chi cuadrado	48.105	16.151
gl	1	1
Sig. asintót.	,000	,000

a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 39,7.

Relación entre Estado Civil / Positividad de Depresión Grupo Menopausia Natural

Estadísticos de contraste

	estado civil	total depresión
Chi-cuadrado ^a	32,000	6,480
gl	1	1
Sig. asintót.	,000	,011

a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 25,0.

total depresión

	N observado	N esperado	Residual
0	34	25,0	9,0
1	16	25,0	-9,0
Total	50		

estado civil

	N observado	N esperado	Residual
soltera	5	25,0	-20,0
casada o viuda	45	25,0	20,0
Total	50		

Tabla de contingencia estado civil * total depresión

Recuento

		total depresión		Total
		no	si	
estado civil	soltera	4	1	5
	casada o viuda	30	15	45
Total		34	16	50

Relación entre Hábito Tabáquico / Positividad de Depresión Grupo Menopausia Natural

Estadísticos de contraste

	habito tabaquico	total depresión
Chi-cuadrado ^{a,b}	10,600	6,480
gl	4	1
Sig. asintót.	,031	,011

a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 10,0.

b. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 25,0.

total depresión

	N observado	N esperado	Residual
0	34	25,0	9,0
1	16	25,0	-9,0
Total	50		

habito tabaquico

	N observado	N esperado	Residual
no fuma	12	10,0	2,0
exfumador	11	10,0	1,0
menos de 10 cig/día	16	10,0	6,0
10-20 cig/día	9	10,0	-1,0
más de 20 cig/día	2	10,0	-8,0
Total	50		

Tabla de contingencia hábito tabaquico * total depresión

Recuento

		total depresión		Total
		no	si	
habito tabaquico	no fuma	9	3	12
	exfumador	9	2	11
	menos de 10 cig/día	8	8	16
	10-20 cig/día	7	2	9
	más de 20 cig/día	1	1	2
Total		34	16	50

Relación entre Trabajo / Positividad de Depresión Grupo Menopausia Natural

Estadísticos de contraste

	trabajo	total depresión
Chi-cuadrado ^a	,000	6,480
gl	1	1
Sig. asintót.	1,000	,011

a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 25,0.

total depresión

	N observado	N esperado	Residual
0	34	25,0	9,0
1	16	25,0	-9,0
Total	50		

trabajo

	N observado	N esperado	Residual
no trabaja	25	25,0	,0
trabaja	25	25,0	,0
Total	50		

Tabla de contingencia trabajo * total depresión

Recuento

		total depresión		Total
		no	si	
trabajo	no trabaja	14	11	25
	trabaja	20	5	25
Total		34	16	50

Relación entre Estado civil / Positividad de Depresión

Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos de contraste

	estado civil	total depresión
Chi-cuadrado ^a	55,134	63,605
gl	1	1
Sig. asintót.	,000	,000

a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 59,5.

estado civil

	N observado	N esperado	Residual
soltera	19	59,5	-40,5
casada o viuda	100	59,5	40,5
Total	119		

total depresión

	N observado	N esperado	Residual
0	16	59,5	-43,5
1	103	59,5	43,5
Total	119		

Tabla de contingencia estado civil * total depresión

Recuento

		total depresión		Total
		0	1	
estado civil	soltera	1	18	19
	casada o viuda	15	85	100
Total		16	103	119

Relación entre Ejercicio Físico / Positividad de Depresión Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos de contraste

	ejercicio físico	total depresión
Chi-cuadrado ^{a,b}	78,941	63,605
gl	4	1
Sig. asintót.	,000	,000

- a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 23,8.
- b. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 59,5.

total depresión

	N observado	N esperado	Residual
0	16	59,5	-43,5
1	103	59,5	43,5
Total	119		

ejercicio físico

	N observado	N esperado	Residual
no realiza	19	23,8	-4,8
camina	58	23,8	34,2
acude a gimnasio	29	23,8	5,2
aerobic	12	23,8	-11,8
otras actividades	1	23,8	-22,8
Total	119		

Tabla de contingencia ejercicio físico * total depresión

Recuento

		total depresión		Total
		0	1	
ejercicio físico	no realiza	2	17	19
	camina	7	51	58
	acude a gimnasio	5	24	29
	aerobic	2	10	12
	otras actividades		1	1
Total		16	103	119

Relación entre Hipertensión Arterial / Positividad de Depresión Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos de contraste^a

	hipertensión arterial
U de Mann-Whitney	497,500
W de Wilcoxon	633,500
Z	-3,090
Sig. asintót. (bilateral)	,002

a. Variable de agrupación: total depresión

Tabla de contingencia hipertensión arterial * total depresión

Recuento

		total depresión		Total
		0	1	
hipertensión arterial	no	11	30	41
	sí	5	73	78
Total		16	103	119

Relación entre Tipo de Histerectomía / Positividad de Ansiedad Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos de contraste

	tipo de histerectomía	total ansiedad
Chi-cuadrado ^{a,b}	114,471	5,252
gl	2	1
Sig. asintót.	,000	,022

- a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 39,7.
- b. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 59,5.

tipo de histerectomía

	N observado	N esperado	Residual
sin anexectomía	20	39,7	-19,7
con anexectomía unilateral	5	39,7	-34,7
con anexectomía bilateral	94	39,7	54,3
Total	119		

total ansiedad

	N observado	N esperado	Residual
0	47	59,5	-12,5
1	72	59,5	12,5
Total	119		

Tabla de contingencia tipo de histerectomía * total ansiedad

Recuento

		total ansiedad		Total
		0	1	
tipo de histerectomía	sin anexectomía	8	12	20
	con anexectomía unilateral	3	2	5
	con anexectomía bilateral	36	58	94
Total		47	72	119

Relación entre Tipo de Histerectomía / Positividad de Depresión

Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos de contraste

	tipo de histerectomía	total depresión
Chi-cuadrado ^{a,b}	114,471	63,605
gl	2	1
Sig. asintót.	,000	,000

a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 39,7.

b. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 59,5.

total depresión

	N observado	N esperado	Residual
0	16	59,5	-43,5
1	103	59,5	43,5
Total	119		

tipo de histerectomía

	N observado	N esperado	Residual
sin anexectomía	20	39,7	-19,7
con anexectomía unilateral	5	39,7	-34,7
con anexectomía bilateral	94	39,7	54,3
Total	119		

Tabla de contingencia tipo de histerectomía * total depresión

Recuento

		total depresión		Total
		0	1	
tipo de histerectomía	sin anexectomía	2	18	20
	con anexectomía unilateral	1	4	5
	con anexectomía bilateral	13	81	94
Total		16	103	119

Relación entre Trabajo / Positividad de Depresión

Grupo Menopausia Artificial

Estadísticos de contraste

	trabajo	total depresión
Chi-cuadrado ^a	1,420	63,605
gl	1	1
Sig. asintót.	,233	,000

a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 59,5.

trabajo

	N observado	N esperado	Residual
no trabaja	53	59,5	-6,5
trabaja	66	59,5	6,5
Total	119		

total depresión

	N observado	N esperado	Residual
0	16	59,5	-43,5
1	103	59,5	43,5
Total	119		

Tabla de contingencia trabajo * total depresión

Recuento

		total depresión		Total
		0	1	
trabajo	no trabaja	5	48	53
	trabaja	11	55	66
Total		16	103	119

Relación entre Orgasmos en relación a situación anterior/ Tipo de Histerectomía

Orgasmos menos que antes-sin anexectomía/anexectomía bilateral

Grupo Menopausia Artificial

			N
Orgasmos en relación anterior	Tipo de Histerectomía	Sin Anexectomía	11
		Con Anex. Bilateral	55
		Total	66

Estadísticos de contraste^a

	orgasmos en relación anterior
U de Mann-Whitney	308,500
W de Wilcoxon	4773,500
Z	-5,232
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: tipo de histerectomía

ANÁLISIS ESTADÍSTICO III

Modelo Multiparamétrico de Regresión Logística Múltiple

GRUPO MENOPAUSIA NATURAL – POSITIVIDAD DEPRESIÓN

Resumen del procesamiento de los casos

	N	Porcentaje marginal
total depresión 0	34	68,0%
1	16	32,0%
	50	100,0%
Subpoblación	12 ^a	

a. La variable dependiente sólo tiene un valor observado en 8 (66,7%) subpoblaciones.

Información del ajuste del modelo

Modelo	-2 log verosimilitud	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo la intersección	33,688			
Final	17,341	16,347	3	,001

Pseudo R-cuadrado

Cox y Snell	,279
Nagelkerke	,390
McFadden	,261

Contrastes de la razón de verosimilitud

Efecto	-2 log verosimilitud del modelo reducido	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Intersección	18,711 ^a	1,370	1	,242
ALCOHOL	30,947	13,606	1	,000
ORGASMOS	17,395 ^a	,054	1	,817
RELIGION	23,710	6,369	1	,012

El estadístico de chi-cuadrado es la diferencia en las -2 log verosimilitudes entre el modelo final y el modelo reducido. El modelo reducido se forma omitiendo un efecto del modelo final. La hipótesis nula es que todos los parámetros de ese efecto son 0.

a. Es posible que haya una separación casi completa de los datos. O bien no existen estimaciones de máxima verosimilitud o bien algunas estimaciones de parámetros son infinitas.

Estimaciones de los parámetros

total depresión		B	Error típ.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	intervalo de confianza a 95% para Exp(B)	
								Límite inferior	Límite superior
0	Intersección	-,888	,785	1,279	1	,258			
	ALCOHOL	21,762	,000		1		2,8E+09	2826204566	2,8E+09
	ORGASMO	-,094	,406	,054	1	,817	,910	,411	2,017
	RELIGION	1,893	,796	5,652	1	,017	6,640	1,394	31,620

GRUPO MENOPAUSIA ARTIFICIAL / POSITIVIDAD DEPRESIÓN**Resumen del procesamiento de los casos**

	N	Porcentaje marginal
total depresión 0	16	13,4%
1	103	86,6%
Válidos	119	100,0%
Perdidos	0	
Total	119	
Subpoblación	29 ^a	

a. La variable dependiente sólo tiene un valor observado en 19 (65,5%) subpoblaciones.

Información del ajuste del modelo

Modelo	-2 log verosimilitud	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo la intersección	59,367			
Final	46,995	12,372	3	,006

Pseudo R-cuadrado

Cox y Snell	,099
Nagelkerke	,181
McFadden	,132

Contrastes de la razón de verosimilitud

Efecto	-2 log verosimilitud del modelo reducido	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Intersección	52,677	5,683	1	,017
EJEFISMA	47,169	,174	1	,677
TABACOMA	50,122	3,127	1	,077
HTAMA	56,330	9,335	1	,002

El estadístico de chi-cuadrado es la diferencia en las -2 log verosimilitudes entre el modelo final y el modelo reducido. El modelo reducido se forma omitiendo un efecto del modelo final. La hipótesis nula es que todos los parámetros de ese efecto son 0.

Estimaciones de los parámetros

total depresi	B	Error típ.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Intervalo de confianza 95% para Exp(B)	
							Límite inferior	Límite superior
0	Intersección	-1,318	,581	5,151	1	,023		
	EJEFISMA	-,135	,323	,174	1	,677	,874	,464 1,646
	TABACOMA	,479	,268	3,200	1	,074	1,615	,955 2,729
	HTAMA	-1,746	,601	8,436	1	,004	,174	5,371E-02 ,567

RESULTADOS I

1. El **número de pacientes** que han sido analizadas es de 169, de estas el 29,58 % (50 casos) pertenecen al grupo de Menopausia Natural y el 70,42 % (119 casos) pertenecen al grupo de Menopausia Artificial.

2. La **edad media** de las pacientes participantes en este estudio es de 56,3 +/- 6,31 años en el grupo de Menopausia Natural mientras que en el grupo de Menopausia Artificial es de 53,3 +/- 7,77 años.

3. El **estado civil** de nuestras pacientes se encuentra dividido de la forma siguiente: En el grupo de Menopausia Natural el 90 % de las pacientes (45 casos) están casadas o viudas mientras que el 10 % (5 casos) son solteras o no tienen pareja estable. En el grupo de Menopausia Artificial el 84 % de nuestras pacientes (100 casos) son casadas o viudas y el 16 % (19 casos) son solteras.

4. El **número medio de hijos** en el grupo de Menopausia Natural es de 2,34 +/- 0,98 mientras que en el grupo de Menopausia Artificial es de 2,05 +/- 0,98.

5. En cuanto a la **Religión** un 34% de las pacientes pertenecientes al grupo de Menopausia Natural no creen en ningún tipo de religión mientras que un 66% se confiesan creyentes. En el grupo de Menopausia Artificial un 38.7% de las pacientes no cree en ninguna religión, en cambio un grupo del 61.3% se manifiestan creyentes de alguna religión e ideología.

6. En cuanto al **trabajo** el 50 % (25 casos) de las pacientes del grupo de Menopausia Natural trabaja fuera de casa mientras que la otra mitad, el 50 % (25 casos) no trabaja fuera de su hogar. Los resultados del grupo de Menopausia Artificial apuntan a que el 55,5 % de nuestras pacientes (66 casos) trabajan fuera del hogar mientras que el 44,5 % (53 casos) no lo hace.

7. La principal **causa por la que fueron operadas** en el grupo de Menopausia Artificial, el 90,8 % (108 casos) de las pacientes era debido a fibromas o miomas, el 6,7 % (8 casos) por metrorragia a filiar, el 1,7 % (2 casos) a causa de endometriosis y el 0,8 % (1 caso) por presentar quistes.

8. El **tipo de histerectomía**, dentro del grupo de Menopausia Artificial, se reparte de la siguiente manera: al 79% de los casos (94 casos) se le ha practicado una histerectomía con anexectomía bilateral; al 16,8% (20 casos) se le ha realizado una histerectomía sin anexectomía y al 4,2% (5 casos) se le practicó una histerectomía con anexectomía unilateral.

9. La **media de los años de evolución** desde la realización de la histerectomía hasta la aparición de los primeros síntomas es de 8 con un error de 7,17.

10. Mientras que el grupo de Menopausia Natural presenta un 56% (28 casos) del total de las **manifestaciones vegetativas** frente a un 44 % (22 casos) que no

la presentan, el grupo de Menopausia Artificial se manifiesta con el 76,5 % de las pacientes (91 casos) que si las presentan frente al 23,5 % (28 casos) que no presentan manifestaciones vegetativas.

11. En el grupo de Menopausia 68 % (34 casos) muestra **atrofia vulvovaginal** en contraposición al 32 % (16 casos) que no la padecen. El reparto es el siguiente: grupo de Menopausia Artificial el 71,4 % (85 casos) presentan atrofia vulvovaginal en contra al 28,6 % (34 casos) que no la presentan.

12. El cuanto al número de **orgasmos en relación a situación anterior** en el grupo de Menopausia Natural el 36 % (18 casos) presentan menos que antes; el 24 % (12 casos) igual que antes y el 40 % (20 casos) presentas más orgasmos que antes. El en grupo de Menopausia Artificial el 55,5 % (66 casos) presentas menos orgasmos que antes, el 22,7 % (27 casos) igual que en la situación anterior y el 21,8 % (26 casos) presentan un incremento de orgasmos en relación a la situación anterior.

13. En cuanto al hábito tabáquico Las pacientes del grupo de Menopausia Natural se distribuyen de la siguiente forma: no fuman **tabaco** el 24 % (12 casos); son exfumadoras el 22 % (11 casos); el 32 % (16 casos) fuman menos de 10 cigarros/día; fuman entre 10-20 cigarros /día el 18 % (9 casos) y el 4 % (2 casos) fuma más de 20 cigarros /día. En cambio, en el grupo de Menopausia

Artificial el 50,4 % (60 casos) no fuman; son exfumadoras el 17,6 % (21 casos); fuman menos de 10 cigarros/día el 21,8 % (26 casos); fuman entre 10-20 cigarros/día el 9,2 % (11 casos) y fuman más de 20 cigarros/día el 0,8 % (1 caso).

14. Un 22 % (11 casos) de las pacientes dicen ser bebedoras habituales de **alcohol** en el caso del grupo de Menopausia Natural frente a un 78 % (39 casos) que no beben. En el grupo de Menopausia Artificial un porcentaje 14,3 % (17 casos) se consideran bebedoras asiduas en contraposición a un 85,7 % (102 casos) que no ingieren bebidas alcohólicas.

15. En el grupo de Menopausia Natural nuestras pacientes realizan una **actividad física** que se distribuye del siguiente modo: no realiza ningún tipo de actividad física el 8 % (4 casos) camina diariamente el 32 % (16 casos), acude a gimnasio habitualmente el 44 % (22 casos), practica aeróbic el 12 % (6 casos) y el 4 % (2 casos) realizan otras actividades. En cambio en el grupo de Menopausia Artificial no realiza ningún tipo de actividad física el 16 % (19 casos), caminan diariamente el 48,7 % (58 casos), acuden a un gimnasio el 24,4 % (29 casos), practican aeróbic el 10,1 % (12 casos), frente a un 0,8 % (1 casos) que realizan otro tipo de actividades.

16. Nuestras pacientes del grupo Menopausia Natural presentan un **peso medio** de 68,3 Kg. +/- 11,85, mientras que dentro del grupo de Menopausia Artificial el peso medio es de 70,9 +/- 12,19 Kg.

17. La **talla media** de las pacientes de nuestro grupo de Menopausia Natural es de 1,56 +/- 0,06 metros, frente a una talla media de 1,56 +/- 0,05 metros que presentan las pacientes incluidas dentro del grupo de Menopausia Artificial.

18. En el grupo de Menopausia Natural el **índice de masa corporal** presenta una media de 27,9 +/- 5,70 Kg. /m² frente al 28,7 +/- 4,87 Kg. /m² en el grupo de Menopausia Artificial.

19. Según OMS (Organización Mundial de la Salud) la clasificación de **obesidad** en nuestro grupo Menopausia Natural es el que sigue: presentan normopeso el 40 % (20 casos), presentan sobrepeso grado I el 6 % (3 casos), presentan sobrepeso grado II el 26 % (13 casos), el 10 % (5 casos) presentan obesidad tipo I 20% (10 casos), obesidad tipo II 4% (2 casos) y obesidad tipo III (mórbida) 4% (2 casos). En el grupo de Menopausia Artificial el 22,7 % (27 casos) presentan normopeso, el 13,4 % (16 casos) presentan sobrepeso grado I, presentan sobrepeso grado II el 24,4 % (29 casos), obesidad tipo I el 31,1 % (37 casos), obesidad tipo II 6,71% (8 casos), obesidad tipo III (mórbida) 0,8% (1 caso) y obesidad tipo IV (extrema) 0,8% (1 caso).

20. En el grupo de Menopausia Natural hay un 40 % (20 casos) que se muestran **hipertensas** frente al 65,5 % (78 casos) que se da en el grupo de Menopausia Artificial.

21. Los niveles medios de **Prolactina** en el grupo Menopausia Natural se muestran con 12,6 +/- 10,36 ng/ml, mientras que en el grupo Menopausia Artificial el valor que se consigue es 10,51 +/- 9,87 ng/ml.

22. El **17 B Estradiol** en el grupo Menopausia Natural presenta un valor medio 22 +/- 23,30 pg/ml, mientras que en el grupo Menopausia Artificial es 29,7 +/- 32,07 pg/ml.

23. La media de **TSH** en el grupo de Menopausia Natural es de 2,9 +/- 2,34 mcU/ml, en cambio el grupo de Menopausia Artificial presenta un valor de 4,2 +/- 7,46 mcU/ml.

24. En el grupo Menopausia Natural la media de **FSH** es 72,9 +/- 42,59 U/l, frente a un 57,9 +/- 26,84 U/l. que muestra el grupo Menopausia Artificial.

25. En el grupo Menopausia Natural la media de **LH** es 48,9 +/- 35,23 mU/ml, mientras que en el grupo Menopausia Artificial de 31,3 +/- 13,47 mU/ml.

26. En cuanto al **Hierro** el grupo Menopausia Natural presenta una media del 89,2 +/- 23,88 mcg/dl frente al grupo Menopausia Artificial que presenta un valor de 84,3 +/- 25,32 mcg/dl.

27. Los valores de **glucemia basal** presentaban un valor medio de 107,4 mg/dl en el grupo de Menopausia Natural, mientras que el grupo Menopausia Artificial presenta un valor de 100,5 mg/dl.

28. El valor medio de la **GOT** es de 23,5 +/- 9,13 U/L en el grupo Menopausia Natural y de 19,8 +/- 5,47 U/L en el grupo Menopausia Artificial.

29. El valor medio de los **Leucocitos** es de 5,95 +/- 1,82 M/mmc en el grupo de Menopausia Natural y de 5,79 +/- 1,55 M/mmc en el grupo de Menopausia artificial.

30. En cuanto a las **Plaquetas** el grupo Menopausia Natural presenta una media del 236,72 +/- 57,4 M/mmc frente al grupo Menopausia Artificial que presenta un valor de 237,99 +/- 53,8 M/mmc.

31. Las pacientes pertenecientes al grupo de Menopausia Natural presenta un nivel de **sodio** del 141.4% +/- 2.02 mEq/l, mientras que el grupo de Menopausia Artificial presenta un 141.2% +/- 2.56 mEq/l.

32. Los niveles de **potasio** en el grupo de Menopausia natural son de un 4.46% +/- 0.29 mEq/l. El grupo de Menopausia Artificial presenta un valor del 4.39% +/- 0.31 mEq/l.

33. Con respecto al **cloro** las pacientes del grupo de Menopausia Natural presentan unos niveles del 106.6% +/- 6.08 mEq/l; en cambio, el grupo de Menopausia Artificial muestra un porcentaje de 103.9% +/- 3.42 mEq/l.

34. Un 74% dicen no hacer ninguna **dieta** frente a un 26% que si la realiza en el grupo de Menopausia natural. En el grupo de Menopausia Artificial un total de 88.2% pacientes no realizan dieta alguna en contra de un 11.8% que si la practican.

35. En el grupo de Menopausia Natural un 84% de las pacientes no **siguen tratamiento**, en cambio un 16% permanecen tratadas. En grupo de Menopausia Artificial no siguen tratamiento alguno un 85.7% y están tratadas, en cambio, un 14.3%.

36. En cuanto a la pregunta de si se habían sentido muy **excitadas, nerviosas o en tensión** en el grupo de Menopausia Natural un 36% contestó de forma negativa, mientras que un 64% lo hizo de forma positiva; en el grupo de Menopausia Artificial el valor medio de preguntas contestadas negativamente fue de un 37%, y de un 63% las pacientes que contestaron positivamente.

37. Un 34% de las pacientes pertenecientes al grupo de Menopausia Natural indicaron no sentirse **preocupadas** mientras que un 66% afirmaron sentir cierta preocupación. En el grupo de Menopausia Artificial un 32.8% de las mujeres afirmaron no estar preocupadas, frente a un 67.2% que afirmaron estarlo en algún momento.

38. Ante la pregunta de si **se sentían irritables** los resultados fueron los siguientes: En el grupo de Menopausia Natural un 48% respondieron de forma negativa, un 52% respondieron afirmativamente, en cambio en el grupo de Menopausia Artificial fue el 19.3% las respuestas obtenidas con un no y un 80.7% las respondidas con si.

39. En el grupo de Menopausia Natural un 34% negaban **haber tenido dificultad para relajarse**, frente a un 66% que declaró haber presentado dicha dificultad. En el grupo de Menopausia Artificial los datos variaron: un 21% declaró no

haber tenido problemas para relajarse, en cambio un 79% tenía problemas para llegar a la relajación.

40. Cuando preguntamos a nuestras pacientes si habían presentado **dificultad para dormir** un 34% respondió que no y un 66% respondió que sí en el grupo de Menopausia Natural; en cambio, en el grupo de Menopausia Artificial fue un 20.2% el grupo que no le cuesta trabajo dormir y un 79.8 el que tiene dificultades para conciliar el sueño.

41. Un 66% del grupo de Menopausia Natural dicen no tener **dolores de cabeza o nuca**, mientras que un 34% afirmaron padecerlos con cierta frecuencia. En el grupo de Menopausia Artificial un 50.4% no presentan dolor de cabeza, frente a un 49.6% que lo padecen de forma habitual.

42. La repercusión de ciertos **síntomas como: temblores, hormigueos, mareos, sudores o diarreas** tiene en nuestras pacientes la siguiente incidencia: en el grupo de Menopausia Natural un 36% no padecen dicha sintomatología, mientras que un grupo con un 64% si padece los síntomas o por lo menos gran parte de los mismos. En el grupo de Menopausia Artificial no padecen estos síntomas un 26.1% de nuestras pacientes, mientras que se muestra numeroso con un 73.9% el grupo que se ve repercutido por los mismos.

43. A la pregunta de si **habían estado preocupadas por su salud** un 42% contestaron no y un 58% contestó afirmativamente en el grupo de Menopausia Natural; mientras que en el grupo de menopausia artificial fue un 27.7% de las pacientes las que negaron haber estado preocupadas por su salud en contra de un 72.3% que asintieron haberse preocupado.

44. Un 22% de las pacientes pertenecientes al grupo de Menopausia Natural dice no **tener dificultad para conciliar el sueño**, en cambio un 78% afirma presentar este problema. En el grupo de Menopausia Artificial un 20.2% de las mujeres afirmaban no tener problemas de conciliación del sueño, frente a un 79.8% al que esta costumbre se les presenta como un problema.

45. En **total de ansiedad** un 46% de pacientes del grupo de Menopausia Natural no presentan este trastorno, un 54% presentan claros síntomas ansiosos. En el grupo de Menopausia Artificial el grupo que no presenta sintomatología ansiosa corresponde a un 39.5%, mientras que las pacientes que padecen ansiedad son un 60.5%.

46. Manifiestan no **sentirse con poca energía** un 58% de las pacientes del grupo de Menopausia Natural, mientras que un 42% afirman sentirse con menos energía; en las pacientes del grupo de Menopausia Artificial no se ve

afectado el nivel de energía en un 29.4%, frente a un 70.6% que dicen verse afectadas.

47. A la pregunta de si habían perdido el **interés por las cosas** un 68% de las mujeres pertenecientes al grupo de Menopausia Natural contestaron de forma negativa, y un 32% de forma positiva. En cambio, en el grupo de Menopausia Artificial un 35.3% contestó que su interés no se había visto perjudicado, frente a un 64.7% de pacientes en el que su interés por las cosas había disminuido de forma considerable.

48. Un 68% de las pacientes pertenecientes al grupo de Menopausia Natural afirman no **haber perdido la confianza en sí mismas**, mientras que un 32% muestran alteraciones en sus niveles de confianza, autoconcepto; en el grupo de Menopausia Artificial un 55.5% de las mujeres dicen no haber experimentado ningún cambio en la confianza en sí mismas, en cambio, un 44.5% muestran cambios en sus niveles de confianza.

49. Las pacientes del grupo de Menopausia Natural niegan sentirse **desesperanzadas** en un 100%, en cambio en el grupo de Menopausia Artificial existe un grupo de pacientes, el 66.5%, que no se sienten desesperanzadas y un 34.5% que no tienen esperanzas.

50. La **dificultad de concentración** no se ha visto alterada en un 70% del grupo de Menopausia Natural, y si ha variado en un 30% dentro de las pacientes del mismo grupo. En el grupo de Menopausia Artificial un 26.9% de las mujeres no han experimentado cambios en sus niveles de concentración, mientras que un 73.1% han visto bastante mermada esta capacidad.

51. En cuanto a la **pérdida de peso** los datos quedan reflejados de la siguiente forma: en el grupo de Menopausia Natural un 90% no ha visto alterado su peso, frente a un 10% en el que sí ha variado; en el grupo de Menopausia Artificial no se han visto afectas de este problema un 84.9% de las pacientes, mientras que un 15.1% de las mujeres han presentado variaciones en su peso.

52. A la pregunta de si se habían estado **despertando demasiado temprano**, en el grupo de Menopausia Natural un 56% contestó de forma negativa y un 44% positivamente. En el grupo de Menopausia Artificial un 24.4% de las pacientes no presentan problemas de insomnio, mientras que un 75.6% dicen verse afectadas de este problema.

53. Un total del 66% de nuestras pacientes del grupo de Menopausia Natural dicen no **sentirse enlentecidas**, un 34% respondió afirmativamente. Un 25.2% del grupo de Menopausia Natural contestó no verse afectadas por esta variable, mientras que un 74.8% si han visto reducido su rendimiento normal.

54. En general un 54% de las mujeres del grupo de Menopausia Natural no **muestran malestar por las mañanas**, en cambio un 46% de las pacientes de este mismo grupo afirman padecer este malestar. En el grupo de Menopausia Artificial un 42% de las pacientes no viven este problema, mientras que un 58% lo padecen de forma habitual.

55. En cuanto al **total de positividad de depresión** en el grupo de Menopausia Natural un 68% no presentan este trastorno y un 32% lo padecen. En el grupo de Menopausia Artificial un 13.4% no muestran este problema y un 86.6% de nuestras pacientes tienen positividad del test de depresión.

RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS PACIENTES EN LA ESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG

PREGUNTAS	Grupo Menopausia Natural		Grupo Menopausia Artificial	
	NO	SI	NO	SI
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	34%	66%	37%	63%
¿Ha estado muy preocupado por algo?	34%	66%	32.8%	67.2%
¿Se ha sentido muy irritable?	48%	52%	19.3%	80.7%
¿Ha tenido dificultad para relajarse?	34%	66%	21%	79%
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultad para dormir?	34%	66%	20.2%	79.8%
¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	66%	34%	50.4%	49.6%
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores o diarrea?	36%	64%	26.1%	73.9%
¿Ha estado preocupado por su salud?	42%	58%	27.7%	72.3%
¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	22%	78%	20.2%	79.8%
Total Ansiedad	46%	54%	39.5%	60.5%

RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS PACIENTES EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE GOLDBERG

PREGUNTAS	Grupo Menopausia Natural		Grupo Menopausia Artificial	
	NO	SI	NO	SI
¿Se ha sentido con poca energía?	58%	42%	29.4%	70.6%
¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?	68%	32%	35.3%	64.7%
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	68%	32%	55.5%	44.5%
¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?	100%	0%	65.5%	34.5%
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	70%	30%	26.9%	73.1%
¿Ha perdido peso?	90%	10%	84.9%	15.1%
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	56%	44%	24.4%	75.6%
¿Se ha sentido Vd. enlentecido?	66%	34%	25.2%	74.8%
¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse mal por las mañanas?	54%	46%	42%	58%
Total Depresión	68%	32%	13.4%	86.6%

RESULTADOS II

EDAD

1. La edad entre el grupo de menopausia natural y grupo de menopausia artificial no presenta significación estadística, por lo tanto no existen diferencias estadísticamente significativas entre la edad de ambos grupos.

ORGASMOS EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN ANTERIOR

2. Existe una relación estadísticamente significativa en la variable “orgasmos en relación a la situación anterior” (menos que antes) predominando en el grupo de menopausia artificial ($p < 0.05$).

HÁBITO TABÁQUICO

3. Se establece una relación estadísticamente significativa al establecer la relación entre hábito tabáquico en ambos grupos analizados.

EJERCICIO FÍSICO

4. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en los tipos de ejercicio físico realizados entre los grupos de menopausia natural y menopausia artificial, con una significación estadística en el test de χ^2 < 0.05 ($p < 0.05$).

RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y POSITIVIDAD DE DEPRESIÓN

5. Encontramos relación estadísticamente significativa entre la positividad en los resultados de la subescala y el estado civil en el grupo de menopausia natural ($p < 0.05$).

RELACIÓN ENTRE HÁBITO TABÁQUICO Y POSITIVIDAD DE DEPRESIÓN

6. Observamos relación estadísticamente significativa entre la Positividad de los resultados de la subescala y el consumo actual tabáquico en el grupo de menopausia natural ($p < 0.05$).

RELACIÓN ENTRE DESARROLLO DE ACTIVIDAD LABORAL Y POSITIVIDAD DE DEPRESIÓN

7. Se detecta entre la Positividad de los resultados obtenidos de la subescala y el trabajo relación estadísticamente significativa en el grupo de menopausia natural ($p < 0.05$).

RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y POSITIVIDAD DE DEPRESIÓN

8. Observamos relación estadísticamente significativa entre la Positividad de los resultados de la subescala y el estado civil en el grupo de menopausia artificial ($p < 0.05$).

RELACIÓN ENTRE EJERCICIO FÍSICO Y POSITIVIDAD DE DEPRESIÓN

9. El realizar ejercicio físico se relaciona con la negatividad de la subescala de depresión en el grupo de menopausia artificial ($p < 0.05$).

RELACIÓN ENTRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y POSITIVIDAD DE DEPRESIÓN

10. Las pacientes del grupo de menopausia artificial presentan unos resultados estadísticamente significativos al analizar la relación entre las variables hipertensión y la positividad de la subescala de depresión ($p < 0.05$).

RELACIÓN ENTRE TIPO DE HISTERECTOMÍA Y POSITIVIDAD DE ANSIEDAD

11. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de histerectomía y la positividad de la subescala de ansiedad en el grupo de pacientes pertenecientes a menopausia artificial ($p < 0.05$).

RELACIÓN ENTRE TIPO DE HISTERECTOMÍA Y POSITIVIDAD DE DEPRESIÓN

12. Las pacientes del grupo de menopausia artificial presentan diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de histerectomía y la positividad de la subescala de depresión ($p < 0.05$).

RELACIÓN ENTRE TRABAJO Y POSITIVIDAD DE DEPRESIÓN

13. Observamos asociación estadísticamente significativa entre la actividad laboral y la positividad de la subescala de depresión en las pacientes del grupo menopausia artificial ($p < 0.05$).

RELACIÓN ENTRE ORGASMOS MENOS QUE ANTES Y TIPO DE HISTERECTOMÍA

14. El 10% de las pacientes sin anexectomía presenta menos orgasmos que antes en relación a la situación anterior, frente al 64.9% de las pacientes con anexectomía bilateral, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

RESULTADOS III

1. Se establece un modelo de regresión logística múltiple para valorar la relación entre la positividad de la aplicación de la subescala de depresión de Goldberg en el grupo de pacientes con menopausia natural y los factores de consumo alcohol, ausencia de orgasmos y religión en su diseño.

2. Se establece un modelo de regresión logística múltiple para valorar la relación entre la positividad de la aplicación de la subescala de depresión de Goldberg en el grupo de pacientes con menopausia artificial y los factores de ejercicio físico, tabaco e hipertensión arterial.

DISCUSIÓN

La prevalencia de trastornos psicopatológicos del tipo ansiedad y/o depresión es elevada en la población general, sin embargo y a pesar de ser muy frecuentes, más de la mitad de los casos no son diagnosticados y tratados correctamente, debido a la frecuente presentación clínica atípica especialmente en las quejas somáticas, entre otros factores⁹¹.

Si además tenemos presente la existencia del tiempo limitado que dispone el médico en consulta, se comprende la necesidad de disponer de cuestionarios de detección, breves y de manejo sencillos que sean apropiados para la utilización en nuestro medio.

Entre estos instrumentos disponemos de la escala de depresión y ansiedad de Goldberg que fue concebida para permitir la detección de dos de los trastornos psicopatológicos más frecuentes: ansiedad y depresión⁹².

Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por el médico y que puede servir de guía a la entrevista como complemento a la historia clínica, así como constituir un instrumento para conocer la prevalencia , gravedad y evolución de dichos tipos de trastornos.

La versión castellana de dicha escala ha demostrado su fiabilidad y validez y goza de una alta sensibilidad, especificidad y de un adecuado valor predictivo positivo.

En este trabajo se aplica la escala a través de un único entrevistador con lo cual evitamos el sesgo que puede originarse con su aplicación a través de diferentes encuestadores, considerando como respuestas afirmativas a cada uno de los ítems, aquellos cuya sintomatología se presenta en los quince días previos a su realización, ignorando los síntomas cuya intensidad es leve.

La elección de este tipo de escala se ha realizado en base a los motivos anteriores y a su validación a través de numerosos estudios y utilización en grupos poblacionales diferentes con óptimos resultados.

Siguiendo el esquema de *Bulbena y Fernández*⁸⁰ en lo que respecta a la elección de este instrumento de medida consideramos que nos permite discriminar aquellas pacientes donde la presencia de trastornos ansioso-depresivos puede estar de forma larvada y donde una correcta actitud diagnóstico-terapéutica puede lograr mejorar su calidad de vida.

Pero realmente, ¿se pueden medir en condiciones científicas estados predominantemente subjetivos como son por ejemplo, la ansiedad o la depresión?

La respuesta a este interrogante es positiva y probablemente en el campo de la psiquiatría y la psicología sean las especialidades donde más se han desarrollado la utilización de las escalas de medida para intentar ir de lo que aparentemente puede ser un elemento subjetivo, el síntoma, a lo objetivo, su cuantificación numérica.

Por todo ello y a la luz de las evidencias científicas existentes nos planteamos la aplicación de este tipo de escalas en una población, la constituida por mujeres menopáusicas ya sean de forma natural o histerectomizadas y donde la agresión quirúrgica constituye un acontecimiento vital estresante que irrumpe en la vida de la mujer no sólo desde un punto de vista de agresión física sino también psíquica por las connotaciones que la histerectomía genera en la mujer de pérdida de un elemento consustancial con su esencia.

Ansiedad ^{93, 94, 95, 96} es entendida como término con múltiples definiciones (bajo un concepto adquirido por la sociedad cada vez más en nuestros días), pudiendo establecerse en relación con conceptos como estrés o personalidad

tipo A que van íntimamente relacionados con situaciones, donde un acontecimiento vital puede conllevar una ansiedad puntual o a establecer un estado de ansiedad de fondo donde la personalidad y el tipo de acontecimiento vital estresante puede llevar inclusive a la expresión somática de esta ansiedad que es la angustia.

Entre los acontecimientos vitales estresantes se encuentran las enfermedades médicas y/o quirúrgicas, como *Derogatis y Wise*³⁹ analizan en sus aportaciones en este campo.

Y como otro tipo de trastorno psicopatológico analizado en nuestro estudio, nos encontramos la depresión^{97, 98, 99} como problema de salud que se enmascara ante diferentes formas de presentación clínica y que origina además desde el punto de vista de la eficiencia innumerables costes para la sociedad al manifestarse por síntomas que obligan al clínico al empleo de pruebas diagnósticas, consultas interespecialistas y tratamientos farmacológicos, cuando un correcto abordaje evitaría el empleo de estos recursos y una pérdida de tiempo en instaurar la terapéutica correcta.

La edad, el sexo y la histerectomía que se suma a estos factores transforma a la mujer y le ocasiona no sólo el riesgo de desarrollo de estos trastornos ya sean ansiosos, depresivos o mixtos sino también una repercusión

en la esfera física que junto a la menopausia natural o provocada puede desencadenar una cascada de repercusiones en órganos y aparatos ya sea de la esfera cardiovascular, respiratoria, osteoarticular o endocrinometabólica.

La edad media del grupo de menopausia natural está situado en 56.3 años, existiendo una elevada prevalencia de trastornos en la grasa corporal. Presentan sobrepeso un 32% de las pacientes y el 28% de las pacientes manifiestan obesidad en el grupo menopausia natural

En el caso de las pacientes histerectomizadas constatamos un perfil de paciente encuadrada en la quinta década de la vida, siendo la edad media de 53.3 años, donde precisamente esta repercusión de la salud física se hace más manifiesta y donde detectamos una elevada prevalencia de trastornos de la grasa corporal, con alteraciones del tipo de sobrepeso en un 37.8% y obesidad en un 39.4% con las implicaciones que en la autoestima y en la repercusión orgánica ocasiona y buena prueba de ello son los estudios de *Kannel*, que encontró un incremento de enfermedad coronaria después de la menopausia ¹⁰⁰ y fue corroborado por otros estudios cuando la menopausia era precoz de tipo quirúrgica ¹⁰¹.

La obesidad origina además alteraciones de la propia imagen corporal hasta en un 40-50% de los casos que repercuten en su autoestima y pueden desencadenar cuadros de ansiedad y repercusiones negativas en la vertiente psicoconductual¹⁰².

Junto a todo ello esta quinta década de la vida en la mujer suele conllevar la transición de etapa dentro del ciclo vital familiar ¹⁰³ y entra en la fase de lanzadera de los hijos del hogar y que culmina con la salida del último de los hijos (etapa del nido vacío), encontrando en nuestro estudio un número medio de hijos de 2.34 hijos por cada una de nuestras pacientes del grupo menopausia natural, y de un 2.05 hijos en pacientes sometidas a una histerectomía; produciéndose una serie de cambios en la dinámica familiar que van a influir en la percepción de salud en la mujer y que pueden contribuir también a desencadenar este tipo de trastornos ansioso-depresivos.

En nuestro estudio detectamos también la elevada prevalencia de trastornos de atrofia urogenital presentando cambios en el 68% del grupo menopausia natural, frente a un 71.4% de los casos del grupo menopausia artificial, que pueden originar también síntomas en la mujer entre los que destaca la sequedad vaginal que puede tener implicaciones referidas al coito.

Buena prueba de ello son los datos detectados en nuestro estudio donde se detecta un alto número de mujeres con deterioro de su función orgásmica, concretamente en las pacientes sometidas a una histerectomía el número de orgasmos en relación a la situación anterior disminuyó, un 55.5% de las pacientes presentan menos orgasmos que en la situación anterior.

Todo esto tiene también obvias implicaciones bidireccionales en su repercusión en la esfera psíquica, así como también se detecta de nuestro análisis una alta prevalencia de manifestaciones vegetativas, un 56% de las pacientes del grupo menopausia natural las padece, mientras que en el grupo de menopausia artificial la cifra se ve incrementada, en concreto un 76.5% de las pacientes presentan dichas manifestaciones, que pueden involucrarse con el elevado número de pacientes que tienen trastornos del sueño (los índices que presenta esta variable en el grupo menopausia natural y menopausia artificial son bastante elevados, un 78% y un 79.8%, respectivamente, presentan esta alteración) sobretodo cuando estos síntomas tienen una presentación nocturna¹⁰⁴.

Estados de ansiedad permanentes y formas de configurar personalidades definidas pueden influir en el desencadenamiento y empeoramiento de verdaderos síndromes hipertensivos. Las pacientes histerectomizadas de nuestro estudio se muestran hipertensas en un 65.5% de los casos, mientras que en las mujeres que están inmersas en la fase de menopausia de forma natural la hipertensión era del 40%.

Los parámetros hormonales ¹⁰⁵ también se encuentran involucrados, prolactina, FSH y LH presentan valores más elevados en mujeres menopáusicas naturales que en las pacientes histerectomizadas; mientras que las cifras de TSH y 17 β estradiol se muestran más elevadas en las pacientes sometidas a una histerectomía que en las pacientes con menopausia natural.

En este estudio también se ha observado que la anexectomía uni/bilateral puede influir en la paciente histerectomizada en lo que respecta a las diferencias que pueden plantearse a nivel de prevalencia e incidencia de trastornos psicopatológicos y entre pacientes con/sin anexectomía acompañante a la histerectomía, encontrando en nuestro estudio una elevada prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos mediante la utilización de la escala de Goldberg en la población analizada.

En nuestro estudio las pacientes sometidas a una histerectomía con anexectomía bilateral han sido de un 79%, las que no se les ha practicado anexectomía un 16.8% y las pacientes en las que el tipo de histerectomía fue con anexectomía unilateral obtuvieron porcentajes de 4.2%.

Una prevalencia del 60.5% de las mujeres histerectomizadas analizadas presentan una subescala de Goldberg positiva para ansiedad y en el caso de la depresión los casos positivos son el 86.6%, mientras que en el grupo de menopausia natural el grado de positividad de la subescala de Goldberg para ansiedad fue del 54% y del 32% para la subescala de depresión de dicho test, dichos valores son importantes, tanto, desde un punto de vista de abordaje cuantitativo como cualitativo, puesto que se tratan de problemas de salud de un evidente impacto en la paciente que la presenta y que obliga a un replanteamiento de diagnósticos y tratamientos que la paciente puede recibir y que nos apuntan hacia la necesidad de plantear la protocolización de esta

escala o similares como tests de despistaje de este tipo de trastornos en la mujer con menopausia natural y artificial.

En lo que respecta al tipo de ítems de la escala donde la respuesta positiva se presenta de forma predominante hay que destacar que tanto en el caso de la subescala de ansiedad como en la de depresión aquellos parámetros indicativos de mayor gravedad se presentan frecuentemente con respuestas afirmativas, con lo cual nos da una idea aproximada de ser trastornos que tienden a una gravedad en el grado de su presentación.

La profundización en el infratratamiento que estas pacientes habitualmente reciben para los problemas depresivos, la automedicación, el fracaso y dependencia que su uso conlleva en lo que respecta al tratamiento de la ansiedad, con un abuso del consumo de tranquilizantes que no logra resolver el problema, serán otros aspectos a evaluar también en fases posteriores de este trabajo y donde el tratamiento hormonal sustitutivo es uno de los temas de controversia a tratar.

La psicoterapia, los grupos de tratamiento de trastornos afectivos con el consiguiente desarrollo de diferentes tipos de técnicas ya sea desde un abordaje fenomenológico, conductual o psicoanalítico serán alternativas

terapéuticas a valorar en este tipo de pacientes afecta de estos trastornos psicopatológicos.

En relación con estas técnicas promover hábitos de vida saludables se encuentra en estrecha relación y a la luz de los resultados obtenidos en nuestro análisis encontramos la coexistencia de hábitos tóxicos como son el consumo de alcohol y la presencia de tabaquismo, que se manifiesta con un 31.8% en pacientes histerectomizadas y un 54% en el grupo menopausia natural, con los efectos perjudiciales derivados que su consumo conlleva y aún más por el posible efecto multiplicativo que su adición a otros factores de riesgo cardiovascular puede ocasionar en una mujer que atraviesa una etapa de declive hormonal.

Promover estilos de vida adecuados donde la dieta (el 88.2% de las mujeres no realizan ningún tipo de restricción alimenticia en el grupo histerectomizado y un 74% en el grupo menopausia natural) y la práctica de ejercicio físico sean realizados de forma cotidiana por este tipo de pacientes puede ayudar a disminuir tanto el padecimiento de enfermedades físicas como mejorando la completa sensación de su bienestar psíquico.

Precisamente, la relación entre ejercicio físico y salud mental está cada vez más en auge a la luz de las nuevas evidencias científicas y su posible

efecto favorecedor sobre patologías como la depresión, ansiedad, estado de ánimo y autoestima ^{106, 107}.

Por ello, es importante su consideración en la mujer histerectomizada donde además la práctica de ejercicio físico puede tener un efecto beneficioso en lo que se refiere a su influencia en trastornos asociados como el sobrepeso y la obesidad que hemos también detectado.

En nuestro estudio hemos diseñado un modelo de regresión logística múltiple donde pretendemos establecer un modelo que nos permita predecir en base a los resultados positivos de la aplicación de la subescala de depresión de Goldberg, los factores implicados en su desarrollo.

Este modelo nos permite discriminar qué factores son los que presentan un mayor grado de implicación en la génesis de los trastornos depresivos en la mujer menopáusica natural/artificial y de igual modo nos permite discernir sobre qué factores podemos y debemos de orientar nuestra estrategia de intervención para disminuir la probabilidad de presentación del trastorno depresivo.

En todo nuestro planteamiento de intervención, siempre debemos repetir la importancia de considerar la herramienta de la subescala de Goldberg, como

método discriminativo para establecer a priori la sospecha de presentación del trastorno depresivo y que requerirá una confirmación posterior a través de una entrevista clínica estructurada y en profundidad.

En el grupo de menopausia natural se ha obtenido una relación estadísticamente significativa entre la positividad en los resultados de depresión de la aplicación de la escala de Goldberg con cada una de las variables siguientes: hábito tabáquico, trabajo y estado civil, habiendo sido obtenida una $p < 0.05$.

Se ha encontrado asociación estadísticamente significativa entre el tipo de histerectomía y la positividad de la ansiedad en los resultados de la aplicación de la escala de Goldberg.

En las pacientes con menopausia artificial observamos asociación estadísticamente significativa entre: estado civil, ejercicio físico, hipertensión arterial, tipo de histerectomía y el trabajo, con la positividad de la depresión en los resultados de la aplicación de la escala de Goldberg.

En el grupo de Menopausia Natural hemos establecido el modelo de regresión logística múltiple considerando las variables de consumo de alcohol,

orgasmos (sí/no) y creencia religiosa, con lo cual obtenemos un diseño de modelo que nos permite obtener con significación estadística la aproximación estimativa diagnóstica de la positividad del test para la depresión.

En el grupo de Menopausia Artificial hemos establecido el modelo de regresión logística múltiple considerando las variables de ejercicio físico, hábito tabáquico e hipertensión arterial con lo cual obtenemos un diseño de modelo que nos permite obtener con significación estadística la aproximación estimativa diagnóstica de la positividad del test para la depresión.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:

1. Se observa una elevada prevalencia de trastornos depresivos detectados mediante la aplicación de la escala de depresión de Goldberg en la mujer menopáusica, predominando su presentación en el grupo de pacientes histerectomizadas.
2. Encontramos una elevada prevalencia de trastornos ansiosos detectados mediante la aplicación de la escala de ansiedad de Goldberg en la mujer menopáusica tanto del grupo natural como artificial.
3. Consideramos necesaria la protocolización del despistaje de los síndromes ansioso-depresivos en las mujeres menopáusicas, pudiendo emplear métodos de fácil aplicación en el ámbito de la entrevista clínica como son los test utilizados.
4. Se detecta una elevada presentación de sintomatología psicosomática asociada que origina un deterioro de la calidad de vida de este tipo de pacientes.
5. La coexistencia de trastornos de la grasa corporal en la mujer menopáusica constituyen un factor a considerar por las implicaciones en la autoestima que para la mujer conllevan así como además por la

posible repercusión negativa en la esfera cardiovascular que puede ocasionar.

6. Constatamos la necesidad de instaurar medidas de educación para la salud que promuevan el desarrollo de hábitos de vida cardiosaludables, entre los que detectamos la necesidad de incrementar el grado de actividad física, una dieta adecuada y el abandono de los hábitos tóxicos, por las desfavorables repercusiones que sobre la salud física y psíquica de la mujer originan.
7. Planteamos la necesidad de mejorar en la práctica clínica el diagnóstico y tratamiento farmacológico/no farmacológico de la mujer menopáusica afecta de trastornos psicopatológicos del tipo ansiedad y/o depresión para evitar minusvalorar este tipo de patología y las implicaciones negativas que en la mujer desencadenan.
8. Se detecta asociación estadísticamente significativa entre las variables estado civil, tabaquismo, actividad laboral y la positividad de la subescala de depresión de Goldberg en el grupo de menopausia natural.
9. Observamos asociación estadísticamente significativa entre estado civil, inactividad física, hipertensión arterial y actividad laboral con la

positividad de la subescala de depresión de Goldberg en el grupo de menopausia artificial.

10. Se establece un modelo predictivo multiparamétrico de la positividad de la escala utilizada para la depresión en el grupo de menopausia natural considerando las variables de consumo de alcohol, ausencia de creencia religiosa e índice orgásmico menor respecto a la situación previa.

11. Se establece un modelo predictivo multiparamétrico de la positividad de la escala utilizada para la depresión en el grupo de menopausia artificial considerando las variables de tabaquismo, bajo grado de actividad física e hipertensión arterial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Botella J, Clavero J. Tratado de Ginecología. Barcelona, 14ª ed. Masson: 1994.
2. Enfermedades comunes del útero: Opciones para su tratamiento. Publicación nº. 98-0016 de la AHCPR, Abril 1998. Agency for health care policy and research.
3. Tapias, A. El duelo de una experiencia cotidiana. Revista familia y sociedad Vol. 1 Agosto – Julio 1996.
4. Lorain, A. Is there a right to life alter abortion?. En marriage& family- January, 1990, pag. 7-9.
5. González Merlo, J.: Ginecología. Edit. Masson-Salvat, 6ª edición, 1993.
6. Lazzarint, H. Cáncer y sexualidad. Revista yo, paciente oncológico, 1997; 1 (2):5.
7. The Boston women's health book collective. The new our bodies, ourselves. A book by and for women. New York: Simon and Schuster, 1992.
8. Gómez Sancho, M, ed. Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales, 2 ed. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS, 1998:116-24.
9. Carrobles, J.A., Sanz, A. terapia sexual Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1992:73-9.
10. ACTA Médica Oncológica, 5ª ed. España: Artes Gráficas Venus SL, 1993:57-72.
11. Shell, J.A., Smith, C. K. Sexuality and the older person with cancer: Oncol Nurs Forum, 1994; 21, (7):1135-6.

12. Käser O, Iklé FA, Hirsch HA. Atlas de operaciones ginecológicas. Barcelona. Ediciones Toray. 4ª edición: 1982.
13. Howkins J, Williams DK. Granulation im vaginalstumpf nach abdominalen uterusexstirpation, referiert; 1970:30-679.
14. Miguel Tobal, J.J. La ansiedad. En J. Mayor y J.L. Pinillos. Tratado de Psicología General. Motivación y Emoción. Alambra. Madrid; 1990.
15. Arce, E.A. El hombre del siglo XXI: ¿ansiedad o plenitud ? Editorial Argenta Sarlep. Buenos Aires; 2000.
16. Miguel Tobal, J.L. Emociones negativas I: Ansiedad y miedo. En E.G. Fernandez-Abascal. Manual de Motivación y Emoción. Centro de estudios Ramon Areces. Madrid; 1995.
17. Peurifoy, R.Z. Venza sus temores: Ansiedad, fobias y pánicos. Robin Book. Barcelona; 1993.
18. Varela, P. Ansiosa-mente. Claves para reconocer y desafiar la ansiedad. La esfera de los libros. Madrid; 2002.
19. Rodríguez Linde, E. Aspectos biológicos de la ansiedad. Departamento de psiquiatría. Universidad de Granada. nº 44. 1989.
20. Ayuso, J.L. Trastorno de la angustia. Barcelona. Ed.: Martínez Roca. 1988.
21. Bulbena, A. Psicopatología de la afectividad. En Vallejo, J.; Bulbena, A.; González, A.; Grau, A.; Poch, J.; y Serrallonga, J. (eds.), Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Barcelona. Ed.: Salvat. 1965.
22. McReynolds, P., Changing conceptions of anxiety: a historical review and proposed integration, en Stress and Anxiety, vol. 5, ed.: Spielberger, C.D., y Sarason, I.G.; John Wiley, Nueva York, 1978.

23. Vila, J.: Técnicas de reducción de ansiedad, en J. Mayor y F.J. Labrador (eds.), Manual de modificación de Conducta, Madrid. Ed.: Alhambra. 1984.
24. Tallman, J.F. y Cols. Receptors for the age of anxiety: phamacology of benzodiazepines. Science 207-247. Madrid. Mc-Graw Hill. 1991.
25. Michels, R.; Frances, A. y Shear, M.K. Psycodinamic models of anxiety neusosis, en A.H. Tuma, J Maser, y N. J. Hillsdale (eds). Anxiety and the anxiety disorders, Lawrence Eribaum Associates 1991.
26. Freud, S. Obras Completas. Madrid. Biblioteca Nueva. 1973.
27. Eysenck, M.W. y Derakshan, N. Un marco teórico cognitivo para los trastornos de ansiedad.
28. Watson, J.B. y Rayner, R.: Conditioned emotional reactions, Journal of Experimental Psychology, 3, 1-14. 1920.
29. Mendez, F.X. y Macia, D. Evaluacion de los problemas de ansiedad. En R. Fernandez-Ballesteros. Evaluacion conductal hoy: un enfoque para el cambio en psicología clinica y de la salud. Pirámide. Madrid; 1994.
30. Baeza Villarreal, J.C. Afrontamiento espontáneo contraproducente en trastornos por ansiedad. Bellaterra. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 1995.
31. Martín, B. Y Sroufe, L.A., Anxiety, en Symptoms of Psycopathology: A Handbook. Nueva York. Ed.: C.G. Costello, John Wiley. 1970.
32. Goldstein,K. Human Nature in the Light o Psychopathology. Cambridge. Harvard Univerty Press. 1940.
33. Spielberger, C.D. Anxiety as an emotional state, en Anxiety, Current Trends in Theory and Research, vol. I. Nueva York. Ed.: Spielber, C.D. Academic Press. Pp. 23-49. 1972.

34. Lazarus, R.S. Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. DDB. Bilbao; 2000.
35. Bobes García, J. Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria. Masson. Barcelona; 2001.
36. Caballo, V.E., Carboles, J.A.L. y Buela Casal, G. Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos. Siglo XXI editores de España. Madrid; 1995.
37. López-Ibor Aliño, J. J. y Valdés Miyar, M. para: American Psychiatric Association, DSM IV. Barcelona. Edición española, ed. Masson,. 1995.
38. Andrews, G. The treatment of anxiety disorders: clinician guides and patient manuals. Segunda edición. Cambridge University press. Cambridge, UK; 2003
39. Derogatis, L.R. y Wise, T.N. Trastornos depresivos y de ansiedad en asistencia primaria. Barcelona. Martínez Roca. 1996.
40. Cano-Vindel, A. Y Miguel-Tobal, J.J. Psicología, Medicina y salud. Compobell. Madrid; 1994.
41. Seva, A. Epidemiología de los estados de angustia. Folia Neuropsiquiatría, 20, 53-68. 1985.
42. Roca Bennasar, M. Boatas Enjuanes, F. & Agüero Ramón-Llin, C. Medicine: Trastornos psiquiátricos en patologías médicas. Madrid. Ed: Idepsa, 1999.
43. Horwath, E. et al: Epidemiology of panic disorder in African-Americans. Am J Psychiatry 150:465, 1993.
44. Marqués Sala, R. Conozca la depresión a través de un viaje por la historia. Decálogo. Barcelona; 1990.
45. Perris, C. Towards an integrating theory of depression focusing on the concept of vulnerability. Integrative ppsychiatry. 5, 27-32. 1987.

46. Kraepelin, E. Lectures on Clinical Psychiatric. Leipzig. 8ª ed., vol. 3, J. H. Barth, 1913.
47. Meyer, A. A discussion on the classification of the melancholics. J. Nerv. Ment. Dis. 32, pp., 1114-117. 1905.
48. Lowen, A. La depresión y el cuerpo: la base biológica de la fe y la realidad. Alianza. Madrid; 1998.
49. Gandara Martín, J.J. de la y Fuertes Rocañín, J.C. La depresión. ¿Una enfermedad como otra cualquiera?. Dossoles. Burgos; 2001.
50. Beck, A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders. Nueva York. International University Press. (trad. Española en Lab. Merck Saharp, México, 1980). 1976.
51. Pintor Pérez, L. Y Vieta I Pascual, E. Claves en el diagnóstico diferencial: depresión-ansiedad. Grupo Aula Médica. Madrid; 1998.
52. Huth, A. Y Huth, W. Cómo prevenir y tratar la depresión. Everest. León; 1992.
53. Akistal, H. S. Dysthymic disorder, en: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes, American Journal of Psychiatry, 137, 1084-1087, 1983.
54. Andreasen, N. C. Conceptos, diagnósticos y clasificación., en E. S. Paykel (ed.), Psicopatología de los trastornos afectivos. Madrid. Pirámide. (Original: 1982), edición: 1985.
55. Kanfer, F. H. y Hagerman, S. The role of self-regulation, en: L. P. Rehm (ed.), Behavior therapy for depression. Nueva York. Academic Press. 1981.
56. Paykel, E. S. Sucesos críticos y entorno del paciente durante la infancia. Psicopatología de los trastornos afectivos. En: E. S. Paykel (ed.), psicopatología de los trastornos afectivos. Madrid. Pirámide. 1985.

57. Rosenhan, D. y Seligman, M. E. P. *Anormal Psychology*. Nueva York. Norton. 1984.
58. Klerman, G. L. Cognitive dysfunction vulnerability, and integrating theories of depression. *Integrative Psychiatry*. 1987.
59. García Pérez, M. Incumplimiento terapéutico y calidad de vida en el paciente con ansiedad y depresión. *Products business management*. Madrid; 2002.
60. Ayuso Gutiérrez, J.L. Baca Baldomero, E. Y Ballus Pascual, C. *Guía práctica para el tratamiento prolongado de la depresión*. Edimsa. Barcelona; 1997.
61. Bloomfield, H. Y McWilliams, P. *Cómo curar la depresión*. Obelisco. Barcelona; 2001.
62. Vallejo-Nájera, J.A. *Ante la depresión*. Planeta. Barcelona; 2001.
63. Seligman, M. E. P. *Indefension*. Madrid. (Original 1975). 1981.
64. Fawcett, J. Y Kravitz, H. M. New medical diagnostic procedures for depresión. En: E. E. Beckman y W. R. Leber (eds.), *Handbook of depresión: Treatment, assessment, and research*, 445-516. Chicago. The Dorsey Press. 1985.
65. Freud, S. Duelo y Melancolía. En: *Obras Completas*. Madrid. Biblioteca Nueva. 1971/1972.
66. Miller, E., Rosellini, R. A. y Seligman, M. E. P. Indefensión aprendida y depresión, en : J. Maser y M. E. P. Seligman (eds.), *Modelos experimentales en Sicopatología*. Madrid. Alhambra. 1983.
67. Vázquez, C. y Polaino, A. La indefensión aprendida en el hombre: revisión crítica y búsqueda de un algoritmo explicativo. *Estudios de Psicología*. En: Fuentenebro, F. Y Vázquez, C. *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. Madrid. Mc-Graw Hill. 1991.

68. Peterson, C. y Seligman, M. E. P. Causal explanations as a risk factor for depression. Theory and evidence. *Psychological Review*. 91, 347-374. 1984.
69. Stiles, T. C. y Götestam, K. G. The role of cognitive vulnerability factors in the envelopment of depression. En: C. Perris, I. M. Blackburn y H. Perris (eds.), *Cognitive Psychotherapy. Theory and practice*. Nueva York. Springer-Verlag. 1988.
70. Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. Y Alloy, L. B. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*. 1989.
71. Seligman, M. E. P. Depresión and learned helplessness, en *The Psychology of Depression: Contemporary Theories and Research*. Nueva York. Editado por Friedman. 1974.
72. Masana Montejo, G. Guía clínica para el tratamiento del trastorno depresivo mayor. *Psiquiatría colección "Guías Clínicas de la APA"*. Barcelona; 2001.
73. Chillida Moreno, A. Tratamiento de las depresiones. Barcelona. Masson. 1997.
74. Stein, D., Hanakoglu, A., Bland, S. & Elizur, A. Cyclic Psychosis associated with the menstrual cycle. *Br J Psychiatry*. 163: 824-828. 1993.
75. Blanes Jaume, T. & Roca Bennasar, M. Trastornos depresivos en obstetricia y ginecología. En: Roca Bennasar, M. & Bernardo Arroyo, M. *Trastorno depresivo en patologías médicas*. Barcelona. Ed. Masson. 1996.
76. Jorca, R. La depresión. Jarpyo. Madrid; 1994.
77. Fuentenebro, F. Y Vázquez, C. *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. Vol. II: *Psiquiatría y Psicología Clínica*. Madrid. Interamericana, McGraw-Hill. 1991.
78. Freedman A; Kaplan H; Sadock B. *Compendio de Psiquiatría*. Barcelona, ed. Salvat 1984.

79. Lesmes GR (ed): The effects of cigarette smoking: A global perspective. Am J Med. 93 (1A): 1S, 1992
80. Bulbena A; Fernández de Larrinoa P; Pomarol E. Instrumentos de evaluación de los trastornos mentales en atención primaria. En: Vázquez-Barquero JL Psiquiatría en atención primaria. Ed. Aula Médica, 1998:131-151.
81. Pérez Urdániz A; Romero E.F. Psiquiatría para no psiquiatras. Salamanca, Ed. Tesitex, 1995.
82. Lobo A, Campos R, Pérez Echevarría MJ, y cols. A new interview for the multiaxial assesment of psychiatric morbidity in medical settings. Psychological Medicine 1993; 23: 505-510.
83. Goldberg D; bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting naxiety and depression in general medical settings. Br. Med J 1988; 97:897-899.
84. Tejero A; guimerá EM; Farré JM; Peri JM: Uso clínico del HAD en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. Rev Dep Psiquiatría (Barcelona) 1986; 13:233-238.
85. De la Gándara Ji. Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria. Aten Primaria 1997; 20 (7): 389-94
86. Montón C, Pérez Echeverria Mi, campos R y cols. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Atención Primaria 1993; 12 (6): 345-9.
87. Echeburúa E: Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad. En: Buela Casal G, Caballo VE (eds): Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la salud. Madrid, Siglo XXI.1992.
88. Spielberger CD: Manual for the State Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, 1983.

89. Bulbena, A. Psicopatología de la afectividad. En Vallejo, J.; Bulbena, A.; González, A.; Grau, A.; Poch, J.; y Serrallonga, J. (eds.), Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Barcelona. Ed.: Salvat. 1965.
90. McReynolds, P., Changing conceptions of anxiety: a hisorical review and proposed integration, en Stress and Anxiety, vol. 5, ed.: Spielberger, C.D., y Sarason, I.G.; John Wiley, Nueva York, 1978.
91. Vila, J.: Técnicas de reducción de ansiedad, en J. Mayor y F.J. Labrador (eds.), Manual de modificación de Conducta, Madrid. Ed.: Alhambra. 1984.
92. Espada, F.J. & Cano Vindel, A. Trastornos de ansiedad y trastorno depresivo: Diferencias en las manifestaciones de síntomas ansiosos y depresivos. Psicología contemporánea. 1999.
93. Hollander, E. & Simeon, D. Concise guide to anxiety disorders. American Psychiatric Pub. Washington D.C.; 2003.
94. Tobeña Pallarés, A. Trastornos de ansiedad: orígenes y tratamiento. Alamex. Barcelona; 1986.
95. Rojas, E. La ansiedad: ¿Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones?. Ediciones Temas de Hoy. Madrid; 1998.
96. Saiz, J. La ansiedad. Del estrés al pánico. M. Salvat. Barcelona; 1993.
97. Polischuck, P. La depresión y su tratamiento. Clie. Barcelona; 1992.
98. Castilla del Pino, C. Un estudio sobre la depresión. Península. Barcelona; 2002.
99. Jorca, R. La depresión. Jarpyo. Madrid; 1994.

100. Kannel W, Hjortland MC, Mc Namara PM, Gordon T. Menopause and risk of cardiovascular disease: The Framingham study. *Ann Intern Med*, 1976, 85: 447-452.
101. Bengtsson C, Lindquist O. Menopausal effects on risk factors ischaemic heart disease. *Maturitas*, 1979, 1:165-170.
102. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Ed. Harcourt Brace, Madrid, 1999.
103. De la Revilla L. Problemas específicos de las últimas etapas del ciclo vital familiar. En: De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Ed. Doyma, Barcelona, 1994: 53-59.
104. Haas S, Schiff I. Síntomas de déficit de estrógenos. En Studd JWW, Whitehead MI. Menopausia. Carlos Alejandra editor, Barcelona, 1990: 17-26.
105. Rosse R, Giese A, Deutsc S, Morihisa J. Pruebas de laboratorio para el diagnóstico en psiquiatría. Ed. Grass, Barcelona, 1992.
106. Scully D, Kremer J, Meade MM. Physical exercise and psychological well being: a critical review *British Journal of Sports Medicine*: 1998;32: 111-120.
107. Sánchez JJ, García L, Gómez L, Grondona A, Ramírez MT. El abordaje del ejercicio físico en medicina familiar. Ed. SAMFYC, Granada, 2000.